

Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la Población raizal en Bogotá, 2023



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



Alcalde Mayor de Bogotá
Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud
Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública
Julian Alfredo Fernandez Niño

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
María Belen Jaimes Sanabria

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Diana Marcela Walteros Acero

Subdirectora de Gestión y Evaluación
de Políticas en Salud Pública
Andrea Yiset, Lopez Hernandez

Coordinación general del documento

Subdirección de Gestión y Evaluación
de Políticas en Salud Pública
Edyanni Ramos Valoyes

Equipo Analisis de Condiciones de Calidad de
Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSYE) Raizal
Josellyn Paullette Forbes Acevedo
Epidemióloga
Raissa Catherine Huffington Giraldo
Profesional social
James Bradley Barrios González
Gestor Comunitario

Equipo Técnico Subred Norte
Laura Rivera
Líder equipo ACCVSYE Subred Norte

Equipo Técnico Secretaría Distrital de Salud
Daniel Mateus Arciniegas
Profesional especializado ACCVSYE
Irlena Salcedo Pretelt
Profesional especializada ACCVSYE

Equipo Técnico de Apoyo Subred Suroccidente
Adriana Blanco - Epidemióloga
Santiago Valencia - Antropólogo
Tatiana Parra - Politóloga
Luis Gómez - Tecnólogo

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Hugo Alejandro Arevalo Dillon

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
Población Raizal de Bogotá

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2024
www.saludcapital.gov.co

**Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad
de la Población Raizal en Bogotá, 2023**

**Secretaría Distrital de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte**

Bogotá, D. C. 2024

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
METODOLOGÍA	11
1. CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICA	14
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL	15
1.1.1. Caracterización de la población Raizal en Bogotá	17
1.2. CONTEXTO DEMOGRÁFICO	21
1.2.1. Tamaño y volumen poblacional	21
1.2.2. Distribución por edad y por momento curso de vida	23
1.2.3. Estructura poblacional	25
1.2.4. Natalidad	28
1.2.5. Fecundidad	29
1.2.6. Desplazamiento y migración	30
1.2.7. Víctimas de conflicto armado	32
1.3. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO	33
1.3.1. Aseguramiento	33
1.3.2. Condiciones de vivienda y educación	34
1.3.3. Discapacidad	36
Conclusiones	37
2. CONDICIONES SOCIOCULTURALES DEL PUEBLO RAIZAL	39
2.1. Antecedentes del movimiento social Raizal y normatividad para los raizales residentes en el distrito	40
2.2. Concepción de la Raizalidad, una mirada desde los raizales residentes en Bogotá	42
2.3. El Mar y su importancia ontoepistémica	44
2.4. Lengua propia	46
2.5. Ley de origen y religión	48
2.6. Dinámicas organizativas y políticas del Pueblo Raizal en Bogotá	49
2.7. Espacios festivos	53
2.8. Racialización y discriminación	54
Conclusiones	57

3.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	59
3.1.	ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD	55
3.1.1.	Morbilidad atendida	60
3.1.2.	Morbilidad atendida por grandes causas y subgrupos	62
3.1.3.	Morbilidad atendida por momento de curso de vida	66
3.1.4.	Atenciones maternas y período perinatal	69
3.2.	EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	73
3.3.	ANÁLISIS DE MORTALIDAD	77
	Conclusiones	78
4.	CONCEPTOS Y PRÁCTICAS PROPIAS EN SALUD	80
4.1.	CONTEXTO: SISTEMA DE SALUD EN EL ARCHIPIÉLAGO	81
4.1.1.	Funcionamiento	81
4.1.2.	Infraestructura para la atención en salud en el Archipiélago	84
4.2.	ATENCIÓN EN SALUD PARA EL PUEBLO RAIZAL RESIDENTE EN BOGOTÁ: UNA PROBLE MÁTICA MULTILOCAL	85
4.3.	PERCEPCIÓN, CALIDAD Y ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD DEL PUEBLO RAIZAL RESIDENTE EN BOGOTÁ	88
4.3.1.	Salud del pueblo Raizal residente en la ciudad de Bogotá	89
4.3.2.	Acceso de los raizales al servicio de salud en Bogotá	90
4.3.3.	Percepción de la calidad del servicio en salud de los raizales en el distrito	90
4.3.4.	Barreras de atención en salud de los raizales en Bogotá	91
4.3.4.1.	Barreras de acceso, atención y detección temprana en salud	91
4.3.4.2.	Barreras de acceso, atención y detección temprana en salud	92
4.3.4.3.	Racismo y discriminación corporal a la comunidad Raizal en Bogotá	93
4.3.4.4.	Barrera económica a la comunidad Raizal en Bogotá	94
4.3.4.5.	Salud mental y población LGBTI	95
4.3.5.	El Centro de Escucha Raizal y su trabajo por la reducción de brechas de acceso al servicio de salud	96
4.4.	Prácticas etnomédicas mari-territoriales	96
4.4.1.	La religión y su incidencia en la salud Raizal	97
4.4.2.	El maritorio y la salud Raizal	99
4.4.3.	Prácticas botánicas de curación	100
4.4.4.	Prácticas extintas de la salud Raizal	102
5.	CONCLUSIONES	106
6.	BIBLIOGRAFÍA	118

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Mapa Territorial del Archipiélago de San Andrés, año 2023	16
Mapa 2. Concentración por Localidad de la Población Raizal en Bogotá (2023)	19
Mapa 3. Distribución Por Localidad y Curso de vida de la población Raizal en Bogotá (2023)	21

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución Población Raizal en Bogotá por Localidad y Sexo (2023)	18
Gráfica 2. Pirámide Poblacional población Raizal en Bogotá y Archipiélago de San Andrés y Santa Catalina (2023)	25
Gráfica 3. Comparación tasas brutas de natalidad población Raizal de residente en Bogotá D.C., Ciudad de Bogotá D.C. y Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	29
Gráfica 4. Distribución de por régimen y por EABP de la población Raizal en Bogotá, 2023	34
Gráfica 5. Población Raizal con Discapacidad en Bogotá (2023).....	36
Gráfica 6. Morbilidad atendida por grandes causas, población Raizal, Bogotá (2016 – 2020)	62
Gráfica 7. Morbilidad en la población Raizal según Momento de curso de vida y año, Bogotá D.C. años 2016 a 2020	68
Gráfica 8. Comparación comportamiento de la razón de morbilidad materna extrema población Raizal y Bogotá (2017-2021)	76

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la Población Raizal por Momento curso de vida, Bogotá (2023).....	23
Tabla 2. Indicadores Demográficos comparativos año 2020 y 2023 Población Raizal residente en Bogotá D. C.	27
Tabla 3. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, población Raizal de residente en Bogotá D.C años 2019 a 2022	30
Tabla 4. Lugar de procedencia de la población Raizal, Bogotá D.C., 2023	31
Tabla 5. Referentes ORFA, Bogotá (2023)	51
Tabla 6. Morbilidad atendida por tipo de atención, población Raizal Bogotá (2016-2020)	61
Tabla 7. Morbilidad de los raizales según subgrupo de causas, Población Raizal, Bogotá D.C, años 2016 -2020	67
Tabla 8. Características de los partos atendidos en servicios de salud de la población Raizal, Bogotá D.C., años 2019-2022	70
Tabla 9. Eventos de notificación obligatoria, Población Raizal, Bogotá D.C. años 2017 a 2022 ...	73
Tabla 10. Distribución de los casos confirmados por COVID-19 y proporciones de incidencia, según grupos de edad, población Raizal (2020-2022).....	74

Tabla 11. Mortalidad según causas básicas CIE 10 Raizal, Bogotá D.C. años 2018-2021	77
Tabla 12. Población afiliada al SGSSS Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, marzo 2020	83
Tabla 13. Variación de la Población afiliada al SGSSS Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2013-2020	83
Tabla 14. Población afiliada al régimen contributivo y subsidiado, del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina marzo de 2020 según EPS	83
Tabla 15. Estado de avance de las acciones afirmativas en salud para el pueblo Raizal (septiembre de 2022).....	87

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1. Encuentro participativo comunidad Raizal, Bogotá (2023).....	41
Fotografía 2. Ejercicio de cartografía social población Raizal (2023)	43
Fotografía 3. Encuentro de referentes raizales en el distrito (2023)	49
Fotografía 4. Espacio Raizal Fiar, Bogotá (2023)	53

Desde la promulgación de la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la garantía, la protección y el restablecimiento de los derechos de la población Raizal en Bogotá (1) el distrito ha venido realizando acciones en salud, que propenden por los derechos de esta población. El Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSyE¹) Diferencial Raizal, busca identificar los problemas complejos y prioritarios a partir de la salud y la enfermedad de la población Raizal residente en el distrito capital, en su mayoría proveniente del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Aunado a lo anterior, es preciso señalar que el ACCVSyE Raizal es resultado de un conjunto de acciones afirmativas para el fortalecimiento de los mecanismos que garantizan el acceso a derechos por parte de los pueblos étnicos, y se encuentra encaminado a la reducción de la brecha de desigualdad y la activación de rutas para el mejoramiento del acceso a servicios de salud. Así pues, el propósito de generar un diagnóstico de condiciones como el que se expone en el actual documento es que su contenido sirva de insumo para la planeación y ejecución desde la Política Pública en salud, con base en las particularidades del pueblo Raizal residente en la ciudad de Bogotá. Lo anterior precisa una actualización rigurosa y un análisis detallado de la transformación de los datos y diagnósticos de la situación en salud y enfermedad del pueblo Raizal.

Con el objetivo de realizar la caracterización de la población Raizal residente en la capital, la Organización de Raizales Fuera del Archipiélago (ORFA) ha generado y trabajado en la construcción de una base de datos como parte de la estrategia Centro de Escucha, que parte del desarrollo de acciones colectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la reducción de factores de riesgo con el reconocimiento de las dinámicas de salud urbana, lingüística propia y adecuaciones socioculturales (2).

Así pues, el documento se encuentra dividido por cinco capítulos, correspondientes al lineamiento de los contenidos que se proponen desde el ACCVSyE Diferencial Raizal. El primero de ellos está destinado a la caracterización sociodemográfica del pueblo Raizal residente en la ciudad de Bogotá. El segundo, se enfoca en descripción y análisis de las expresiones socioculturales del pueblo étnico. El tercero, desarrolla el perfil epidemiológico del pueblo Raizal radicado en la capital. El cuarto, explora los conceptos y prácticas propias en salud en la comunidad Raizal. Por último, se sitúa el capítulo cinco, desde el cual se emiten conclusiones y recomendaciones, producto de las reflexiones realizadas durante el proceso de análisis.

1. Anteriormente denominado Análisis de Situación de Salud o, por sus siglas, ASIS.

Respecto al primer capítulo, de carácter sociodemográfico, se observará una examinación detallada de la composición, tamaño y distribución de la población Raizal en el archipiélago y en Bogotá. Análisis de variables como: distribución por sexos, momento de curso de vida, desplazamiento, migración, condiciones de vivienda, discapacidad y aseguramiento partiendo de datos obtenidos de la base de registro poblacional de ORFA (con corte mayo de 2023), censos nacionales disponibles, textos y publicaciones producidas por raizales. Presentación de mapas construidos para la representación de la concentración poblacional por UPZ y por localidad, todo lo anterior con el fin de realizar una caracterización de la comunidad Raizal residente en el distrito capital.

Frente al capítulo dos, se retrata el análisis y descripción general de las principales dimensiones socioculturales de los raizales que residen en el distrito, entendidas como vectores sociales de la Raizalidad, entre las cuales están la identidad, el maritorio², la ley de origen y la religión, dinámicas organizativas, entre otras. Asimismo, se retratan las problemáticas que afectan al pueblo Raizal en la capital, como el racismo o las brechas de igualdad existentes para las personas con esta pertenencia étnica. Lo anterior, enmarcado analíticamente en las afectaciones en la calidad de vida y la salud de la colectividad.

El tercer capítulo, se encuentra destinado a la construcción del perfil epidemiológico, en este se exponen las causas de atención en los servicios de salud; motivos de defunción en los servicios de salud, eventos de interés en salud pública presentados con mayor frecuencia; y atenciones maternas relacionadas con el parto; todo esto resultante del cruce de información entre fuentes oficiales suministradas por la SDS y la Subred Norte en contraste con la información registrada en la base censal de ORFA con fecha de corte Mayo 1ro 2023.

El cuarto capítulo, se dedica a la conceptualización y las prácticas propias en salud-enfermedad Raizal, con énfasis en la perspectiva multilocal. Esto quiere decir que el marco de comprensión para entender la construcción de nociones y prácticas de salud es inasible sin la relación archipiélago-Bogotá. El vínculo que se expone en el capítulo es de carácter institucional, etnomédico y psicosocial. Se realiza así, un rastreo sobre el funcionamiento del sistema de salud en la zona insular y su influencia en las dinámicas de atención existentes para la población Raizal que vive en Bogotá. Aunado a esto, se da protagonismo a la triangulación histórica, para entender la trazabilidad de las prácticas etnomédicas, su permanencia y desaparición.

El quinto capítulo de conclusiones y recomendaciones sugiere la puesta en práctica de rutas para el tratamiento de las problemáticas que aquejan al pueblo Raizal en términos de calidad de vida, salud y enfermedad. Las propuestas generadas, se construyen a partir de la investigación que se realizó para el presente documento y reflejan estrategias que se perciben como mecanismos para reducir las barreras del acceso a derechos y brechas de igualdad.

2. Término que resulta más apropiado que el de "territorio" para la población Raizal que desarrollada una vitalidad más asociada al mar que a la "tierra". La amplitud y detalles del concepto serán presentados en el numeral 2.4 (El mar y su importancia ontoepistémica).

OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis actualizado de los procesos de salud-enfermedad en la población Raizal residente en Bogotá, teniendo en cuenta sus características territoriales, poblacionales, socioculturales y epidemiológicas, así como sus conceptualizaciones y prácticas propias en salud, generando información para la toma de decisiones sectoriales, intersectoriales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y del modelo de salud pública a nivel distrital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- » Caracterizar el contexto territorial, demográfico y socioeconómico de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá
- » Describir, a nivel distrital y comunitario, expresiones socioculturales de la vida Raizal en el territorio urbano de Bogotá.
- » Construir un perfil epidemiológico, de carácter cuantitativo y cualitativo, centrado en los procesos de morbimortalidad y eventos de salud en la población Raizal del distrito.
- » Analizar los conceptos y prácticas de salud de la población Raizal residente en Bogotá, considerando su pensamiento, costumbres y rutas de atención propia.
- » Establecer conclusiones y recomendaciones orientadas a la toma de decisiones estratégicas desde el sector salud y las organizaciones raizales de Bogotá

La metodología que se implementó para la realización del ACCVSyE de la Población Raizal en Bogotá se basó en la propuesta técnica emanada desde la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública (SGYEPSP) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) avalada por ORFA, que fue ejecutada por el equipo técnico con pertenencia étnica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.

Esta investigación es de carácter mixto, ya que, combina elementos de tipo cualitativo y cuantitativo, que a su vez se orienta por los enfoques poblacional-diferencial, momento de curso de vida, determinantes sociales de la salud, etnológico y transcultural, y por categorías analíticas como expresiones socioculturales, pensamiento propio en salud y prácticas etnomédicas. La alternancia de enfoques metodológicos escogida posibilita subsanar posibles carencias de información en los campos temáticos a indagar. Sumado a lo anterior, el estudio de fuentes de carácter mixto facilitó la comprensión holística de la situación actual en salud y enfermedad del pueblo Raizal que habita Bogotá.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, y precisando las acciones investigativas que integran métodos cualitativos y cuantitativos de análisis, las cuales se codificaron y anonimizaron para comodidad de los participantes raizales, a continuación, se describirán las fases de recolección de información.

En primera instancia, se efectuó la estructuración del plan de análisis, que incluye la ruta metodológica (categorías de análisis, instrumentos, y cronograma) que orientó la ejecución de esta investigación, junto a la indagación y caracterización de fuentes secundarias de información. En un segundo momento, se inició la etapa de implementación del plan, donde se llevaron a cabo encuentros participativos, con el fin de recolectar la información primaria, que posteriormente fue sistematizada e incorporada en el desarrollo del documento, finalmente los datos recolectados fueron plasmados a lo largo de los contenidos capitulares.

Para cumplir con el propósito enunciado desde un enfoque cuantitativo, se realizó un cruce de información de la base censal compilada por ORFA, con bases de datos oficiales de la SDS, entre las que se encuentran los Registro Individual de Prestaciones en Salud -RIPS, Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Registro único de afiliados modulo Nacimientos y Defunciones (RUAF ND) que permitieron iniciar con la caracterización territorial y sociodemográfica del pueblo Raizal en Bogotá, y la construcción de panorama de Morbimortalidad. Así mismo, se utilizó el ACCVSYE diferencial año 2020 y otros insumos académicos e institucionales de carácter primario, como fuentes de consulta, para la elaboración de un contexto robusto, que permitió analizar transformaciones o permanencias respecto a la información recolectada en el pasado.

El análisis epidemiológico de morbimortalidad se realizó mediante el procesamiento de datos que permitió caracterizar, cuantificar y establecer un perfil explicativo del proceso salud-enfermedad, así como de los determinantes en salud, con el fin de identificar, evaluar e intervenir las limitaciones y necesidades en salud de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá.

Por otra parte, se aplicó un sondeo a una muestra aleatoria de personas de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá a través de medios físicos y electrónicos, el cual estuvo compuesto por un grupo de preguntas específicas, cuyo fin, fue obtener un panorama poblacional, socioeconómico y de algunos aspectos en salud, que favorezcan la toma de decisiones y la generación de estrategias para el mejoramiento del bienestar de la población aquí estudiada. La información recolectada fue tabulada para su posterior estudio estadístico.

Para el análisis cualitativo, se realizaron encuentros participativos para la recolección de información primaria en trabajo de campo con el pueblo Raizal radicado en Bogotá. Para cumplir con este propósito, se desarrollaron espacios de concertación colectivos, dispuestos bajo la aprobación de ORFA, donde se recogieron las perspectivas comunitarias respecto a los temas de salud y enfermedad. Así mismo, desde la gestión cultural, se llevaron a cabo convocatorias para la recolección de testimonios e información individual, que permitieron obtener información particular respecto a los temas de interés.

El análisis de las expresiones socioculturales y epistemológicas del pueblo Raizal que reside en Bogotá permitió compilar experiencias individuales y colectivas que construyen el complejo entramado de lo que actualmente implica ser Raizal en el distrito. A través de esto, se observó cuáles son las prácticas ancestrales y transculturales que contribuyen a la generación de nuevas formas de identidad y cómo estos elementos emergentes influyen en las prácticas de salud del pueblo Raizal. Las técnicas metodológicas que se utilizaron para captar la información correspondiente al análisis sociocultural fueron la entrevista semiestructurada, el grupo focal y la cartografía Social

Para el análisis cualitativo de prácticas etnomédicas y conceptos propios en salud, se desarrolló a través de las memorias, relatos y conceptos del pueblo Raizal, obtenidos con los instrumentos de recolección y que dieron cuenta de la construcción ontoepistémica que tienen respecto a la salud y a ciertas prácticas etnomédicas. Cabe la pena resaltar que si bien la procedencia identitaria insular tiene un peso enorme cuando se conceptualizan las prácticas y conceptos propios, se precisó entender cómo se configuran tales elementos en la diáspora, en

la migración y en la cotidianidad de las personas raizales que habitan Bogotá. Así pues, se buscó entender a través del uso del grupo focal, la entrevista y la cartografía social, desde la perspectiva individuo-colectividad, las nociones que poseen los raizales, en términos materiales e inmateriales, de su relación con los conceptos de salud y enfermedad.

La entrevista semiestructurada se usó para recabar información cualitativa respecto a las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad en el pueblo Raizal, de forma abierta y no delimitada. El objetivo era que los participantes pudieran, a través del instrumento, guiar sus interacciones a partir de los temas pertinentes, sin limitarse a ellos. En el caso del pueblo Raizal, la tradición oral hace parte fundamental de su epistemología, por tanto, fue a través del diálogo, que pudieron expresar sus reflexiones y experiencias respecto a la Raizalidad, su identidad étnica, sus prácticas etnomédicas y sus concepciones respecto a los temas de salud y enfermedad. Esta técnica, se utilizó con treinta personas pertenecientes a la comunidad.

El grupo focal exploró la dialoguicidad colectiva, con el objetivo de construir referentes comunes y divergentes, respecto a una serie de campos temáticos específicos. En aras de comprender cómo la colectividad entiende lo Raizal en la territorialidad bogotana y su conversación con las costumbres ancestrales del archipiélago. Para esto, se realizaron tres ejercicios, donde se discutieron las nociones de salud y enfermedad, tradición, transculturalidad y discriminación.

La cartografía social se usó para la construcción colectiva de mapas y referentes geográficos, que reflejaran las experiencias y nociones vitales, comunitarias e individuales de los raizales. Así pues, se elaboraron mapas que tuviesen como foco las prácticas y nociones territoriales de lo Raizal, en el diálogo constante entre lo insular y lo continental. Así pues, se lograron trazar las trayectorias migratorias de los 24 participantes que asistieron al ejercicio, así como los espacios representativos individuales y colectivos de las personas raizales en el territorio de Bogotá.

1. Caracterización territorial y demográfica



Entendiendo a los raizales como sujetos colectivos que comparten origen, una historia y características culturales propias expresadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones, en este capítulo se analiza el tamaño, composición, ubicación y distribución de la población Raizal en el archipiélago y en Bogotá. Para ello, se abordan elementos como la estructura demográfica y su distribución por sexos, momento de curso de vida, desplazamiento, migración, condiciones de vivienda, discapacidad y aseguramiento. Así mismo, se presentan mapas de concentración poblacional por UPZ y por localidad, al igual que gráficas de resultados obtenidos por medio de la perfilación mixta de datos, partiendo de la base censal de ORFA (con corte mayo de 2023), censos nacionales disponibles, textos y publicaciones producidas por raizales, con el objetivo de reflejar de manera precisa las características de la población étnica residente en el distrito capital.

1.1 Contexto territorial

Bogotá D. C. es la capital de la República de Colombia y del departamento de Cundinamarca, es el corazón del país y el eje fundamental de la dinámica social, académica, religiosa, política, económica, administrativa y gubernamental del Estado colombiano. Ubicada en el centro del país, en la cordillera Oriental, con una extensión aproximada de 33 kilómetros de sur a norte y 16 kilómetros de oriente a occidente y se encuentra situada en las siguientes coordenadas: latitud Norte: 4° 35'56" y longitud oeste de Greenwich: 74°04'51". (3).

La temperatura varía de acuerdo con los meses del año, desde diciembre hasta marzo se presentan temperaturas altas, mientras que entre los meses de abril y octubre son más bajas. Su altura media está en los 2.625 metros sobre el nivel del mar. En Bogotá, los veranos son cómodos y nublados y los inviernos son cortos, frescos, mojados y mayormente nublados. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 7 °C a 19 °C y rara vez baja a menos de 3 °C o sube a más de 21 °C. Al encontrarse ubicada en la zona central del país, la ciudad de Bogotá no tiene acceso al mar o al océano. La orientación general de la ciudad está determinada porque sus carreras son orientadas de sentido sur- norte y sus calles sentido oriente – occidente. (4).

El departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se encuentra ubicado al noroeste del territorio colombiano, en el sector occidental del mar Caribe. Este departamento fue creado a través de la Constitución Política de Colombia de 1991, después de haber sido denominado intendencia por la Ley 52 del 26 de octubre de 1912 (5). Es el único departamento insular de Colombia y, además, la mayor isla del país. El archipiélago se compone de otras islas, cayos e islotes sobre la plataforma volcánica del occidente del mar Caribe. Constituye la tercera barrera de coral más grande del mundo después de Australia y Belice. La economía local se desarrolla a partir del turismo, el comercio, la agricultura y la pesca (6).

El Archipiélago tiene una forma alargada en dirección sureste – noreste, cuenta con una superficie total de 52,5 kilómetros cuadrados, se encuentra ubicado en el sector de las Antillas, al noroeste del territorio continental nacional aproximadamente a 700 km de la costa norte colombiana. El departamento está conformado por las islas de San Andrés, Providencia y Santa

Catalina; por los islotes o bancos de Alicia, Serrana, Serranilla, Quitasueño y Bajo Nuevo; y por los de cayos principales denominados Alburquerque, Roncador, East Southeast, Blowing Rocks, Cangrejo, Rocosó, Rose Cay y Johnny Cay. Ver mapa 1

A nivel de barrios, el departamento de San Andrés y Providencia se encuentra organizado por 19 Unidades de Planeación Insular urbana (UPI-U) y 12 Unidades de Planificación Insular rurales (7).

Mapa 1. Mapa Territorial del Archipiélago de San Andrés, año 2023



Fuente: Gobernación del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2023

Por su localización en la zona tropical, el archipiélago se caracteriza por altas temperaturas que registran un promedio anual de 27,3°C. Esto, conjugado con los vientos, propicia un clima cálido semi - húmedo. Por su posición geográfica, el archipiélago ha sido afectado en varias ocasiones por ciclones o huracanes que se forman en el océano Atlántico y se desplazan hacia el mar Caribe. En general, el departamento carece de corrientes de agua dulce, excepto Providencia, por lo que las aguas subterráneas son muy importantes y aprovechadas al máximo. En la actualidad, la isla de San Andrés cuenta con una planta desalinizadora que surte parcialmente de agua dulce a la población.

En términos de movilidad, se utilizan tres medios de transporte: la vía aérea, terrestre y marítima. El medio de transporte predominante en el Archipiélago es el terrestre ya que la mayoría de las personas se movilizan en vehículo o en motocicleta, pues San Andrés y Providencia disponen de carreteras que rodean el perímetro de las islas, así como vías secundarias que conectan los barrios al interior de estas. Por otro lado, se cuenta con el aeropuerto "General Gustavo Rojas Pinilla" que permite la conexión con las principales ciudades del país, así como con territorio internacional. Le sigue en importancia el transporte marítimo, ya que las islas poseen amplias y seguras bahías que permiten el anclaje de embarcaciones de mediano calado, además el transporte de carga entre las islas se efectúa principalmente por este medio. Así mismo, permite acceder y comunicarse con las Islas de Providencia y Santa Catalina.

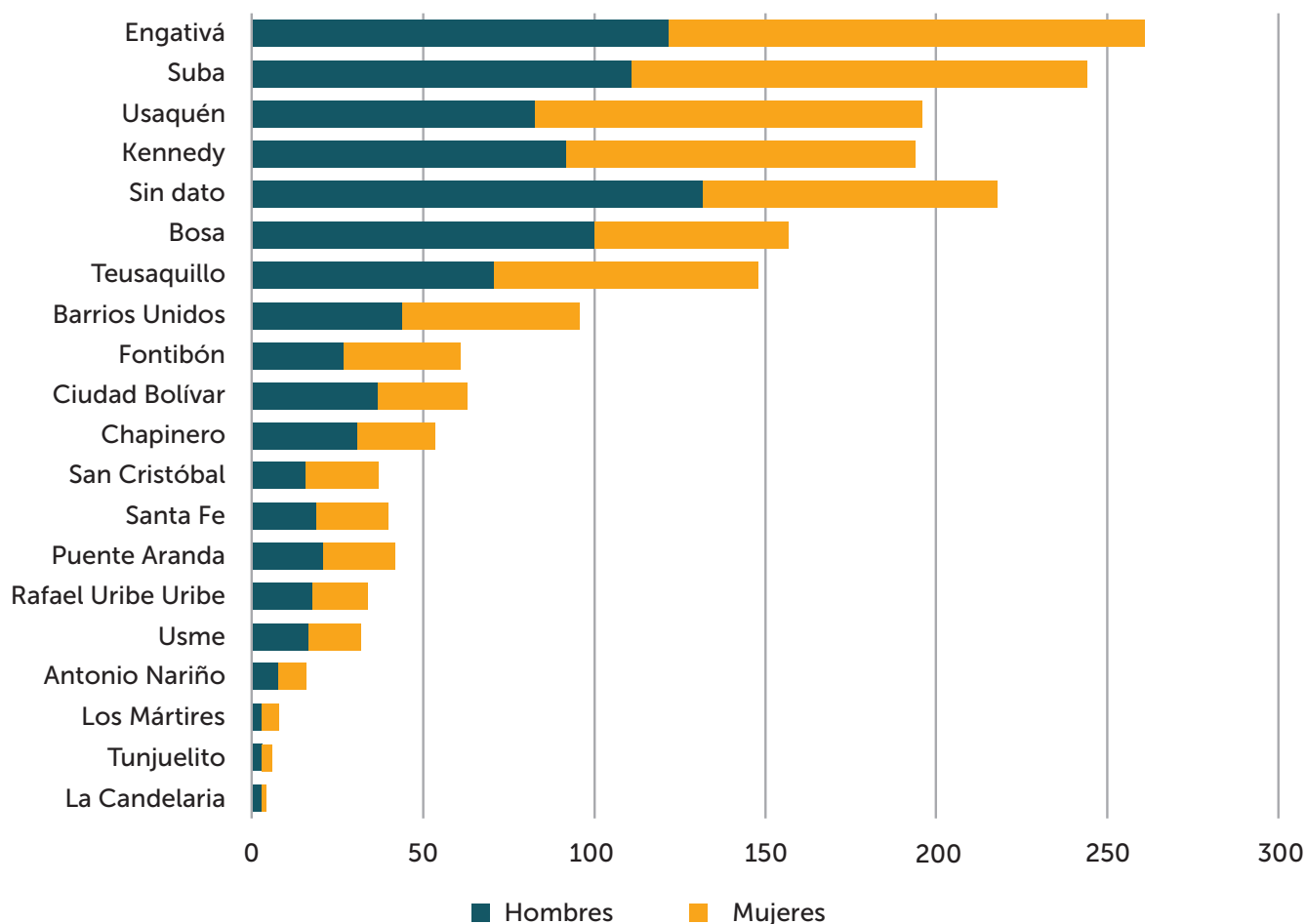
1.1.1 Caracterización de la población Raizal en Bogotá

Según el listado censal de ORFA, de mayo de 2023, se estima que 1.911 personas se reconocen raizales en Bogotá. Su distribución en la ciudad es amplia, pues se identifican en todas las localidades distritales, exceptuando Sumapaz. Dicho esto, la mayor concentración se encuentra en las localidades de Engativá, Suba, Usaquén y Kennedy, que en conjunto representan un poco menos de la mitad de la comunidad en Bogotá, el 46,7 %.

Cabe anotar que, de los registros obtenidos, el 11,4 % (n=218) de los individuos no aportaron información relacionada con su lugar de residencia, por lo que no se puede georreferenciarlos o determinar su posición exacta en la ciudad, situación que revela la necesidad de fortalecer la captura de información y actualización de la base censal de la comunidad.

A nivel general, se identifica una mayor proporción de mujeres raizales que de hombres dentro las localidades, comportamiento similar al observado a nivel distrital. Sin embargo, la proporción de hombres es mayor en las localidades de Ciudad Bolívar, Chapinero, Rafael Uribe Uribe, Usme y La Candelaria (ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución Población Raizal en Bogotá por Localidad y Sexo (2023)

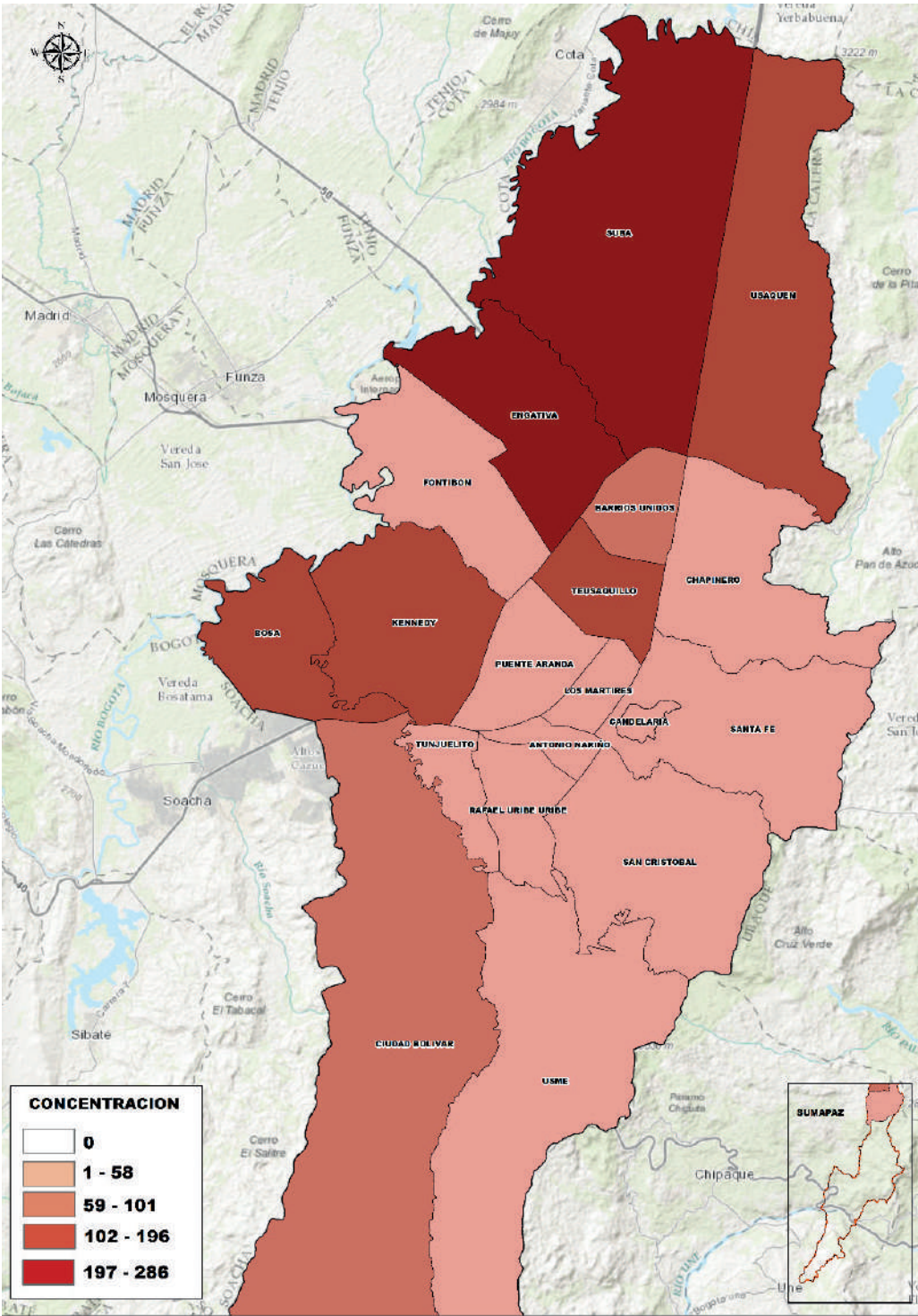


Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

El comportamiento espacial de la población Raizal muestra concentraciones importantes en seis (6) territorios del norte y occidente del distrito Capital, distribuidos de la siguiente manera por localidad y UPZ (ver Mapa 2):

- » Localidad Engativá 13,6 % (n=261) en las UPZ Garcés Navas 25 % (n=64) y Santa Cecilia 15 % (n=39).
- » Localidad Suba 12,7 % (n=244) con las UPZ El Rincón 21 % (n=51) y Suba Centro 13 % (n=32).
- » Localidad Usaquén 10,2 % (n=196) con las UPZ Los Cedros 23 % (n=45) y Santa Bárbara 19 % (n=37).
- » Localidad Kennedy 10,1 % (n=194) con las UPZ Castilla 26 % (n=50) y Kennedy Central 19 % (n=37).
- » Localidad Bosa 8,2 % (n=157) con las UPZ Bosa Central 59 % (n=93) y Bosa Occidental 23 % (n=36).
- » Localidad Teusaquillo 7,7 % (n=148) con las UPZ Galerías 28 % (n=42) y Teusaquillo 26 % (n=39).

Mapa 2. Concentración por Localidad de la Población Raizal en Bogotá (2023)



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

En las localidades de Usaquén y Teusaquillo, particularmente en las UPZ más pobladas por raizales, predominan los estratos 3 y 4. Entretanto, en las demás localidades, las respectivas UPZ de mayor presencia Raizal corresponden a estratos 2 y 3.

En lo registrado previamente en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) para la comunidad Raizal del año 2020, las localidades con mayor concentración de población eran: Suba, Engativá, Teusaquillo, Usaquén y Chapinero, dado que allí se concentran las principales instituciones educativas, sitios de residencia estudiantil y lugares de esparcimiento social y deportivo frecuentados por raizales (2). Ahora bien, para el año 2023, se evidencia un aumento de la concentración poblacional Raizal en localidades del sector occidental, como son Kennedy y Bosa.

En los ejercicios de cartografía social realizados con raizales residentes en Bogotá para el presente ACCVSyE, fue posible identificar que el fenómeno de concentración poblacional en las zonas anteriormente enunciadas se debe a cuatro factores principales: atención médica, trabajo, educación y redes familiares de apoyo.

En el primer caso, se evidencia que los migrantes que arriban a la ciudad en búsqueda de atención en salud priorizan locaciones en función del lugar donde serán atendidos. La ubicación preferida para la salud depende de la infraestructura y convenio hospitalario de las únicas entidades administradoras de planes de beneficios de Salud (EAPB) en el archipiélago, que son Sanitas y Nueva EPS. Ante esto, es importante mencionar que ambas suelen coincidir con las de mayor acogida en los residentes raizales en Bogotá, entre los nacidos en el territorio capitalino y los emigraron desde el archipiélago. Lo anterior obedece en mayor medida a las facilidades para recibir tratamiento multilocal en el área insular y continental, así como a la familiaridad y conocimiento de las rutas de servicio, facilidades en atención y procesos que se tienen en ambas entidades. Aunado a esto, y por medio de insumos cualitativos, se encontró que los centros clínicos más frecuentados por los raizales, en orden descendente de prioridad, son Clínica Universitaria Colombia, Hospital Universitario Mayor y Barrios Unidos (Mederi), Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), Clínica Nueva El Lago, Clínica San Diego Ciosad y Fundación Cardioinfantil (FCI).

En segundo lugar, la concentración poblacional por razón de trabajo se evidenció de nuevo el acceso a mayores niveles de calidad de vida, seguridad y facilidad económica. En tercer lugar, quienes cursan estudios secundarios y universitarios buscan ubicarse en el perímetro de los centros educativos a los que asisten, se encuentra Teusaquillo, Usaquén y Chapinero como localidades comunes para este grupo migrante. En este caso, especialmente las personas que emigran solas y a corta edad afirman que la forma en la que lograron ubicarse en las zonas aledañas a sus colegios y universidades se asocia con la noción de seguridad espacial que les provee la locación elegida, otorgándole valor al hecho de poder ir y volver caminando a sus lugares de estudio y vivienda.

En cuarto lugar, las redes de apoyo que se generan a partir de las unidades familiares ya radicadas en la capital proveen a los migrantes la posibilidad de asentarse en la ciudad con un menor costo económico y emocional, permitiéndoles además tejer lazos territoriales que sostienen el vínculo con el archipiélago y fortalecen las relaciones gestadas a partir del parentesco. Así pues, Suba, Kennedy y Engativá, emergen como zonas de concentración por unidad familiar más comunes, según los ejercicios de recolección de información primaria realizados.

Finalmente, un factor adicional a resaltar en el presente acápite, y como podrá observarse a lo largo del documento ACCVSYE, es que el fenómeno migratorio en búsqueda de atención en calidad en salud suele acentuarse por la crisis intermitente de salud que enfrenta el archipiélago. Los habitantes de Providencia y Santa Catalina no poseen atención médica de alta complejidad, solo de medicina general. Bajo las circunstancias descritas, el traslado a territorio continental de pacientes con patologías complejas suele ser indistinto e ineludible por las condiciones de atención que existen históricamente en el archipiélago. Con la concepción de una movilización obligatoria indistinta, el texto refiere a que el migrante por atención médica no necesariamente lo hace por su voluntad ni bajo condiciones económicas óptimas. Por tanto, quienes carecen de redes de apoyo en la capital y se trasladan a la misma para ser atendidos buscan locaciones que desde el criterio de prevalencia, puedan reducir tiempos de transporte y costes económico del mismo. Así pues, es imperante resaltar que los criterios de escogencia no se significan o corresponden necesariamente con nociones de calidad o enfoque diferencial, sino más con razones prácticas de asistencia. Frente al tema, se concluye que las zonas priorizadas por los raizales para recibir atención en salud suelen estar ubicadas en Kennedy, Usaquén y Teusaquillo.

1.2 Contexto demográfico



1.2.1 Tamaño y volumen poblacional

De acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 (CNPV), se proyectó una población de 7.412.566 habitantes en Bogotá, de los cuales se registraron como raizales 1.060 personas, cifra que corresponde al 0,014 % de los habitantes de la ciudad. (8) Como se mencionó anteriormente, para el mes de mayo del año 2023, a partir de la línea base propia promulgada por ORFA, se identificaron 1.911 raizales residentes en Bogotá, revelando un aumento poblacional del 80,28 %, con respecto a las cifras publicadas por el CNPV en el año 2018, es decir, 851 raizales más, lo cual supone un aumento del 141,6 % con respecto a la población censada por ORFA durante el año 2020³.

Así mismo, la base censal de ORFA en 2023 registra que 51,1 % (n= 977) de su población son mujeres y 48,9 % (n=934) son hombres, con una relación de 0,95 hombres por cada mujer Raizal. Esta distribución se mantiene, al contrastarla con la base censal del año 2020, donde 52,4 % (n=141) eran mujeres y 47,6 % (n=377) hombres (2).

El aumento de la población Raizal, en los últimos tres años, puede ser explicado debido a dos factores principales: primero, el aumento en la migración motivada por factores socio-económicos y, segundo, el aumento en el registro y captación activa de individuos raizales por parte de ORFA.

En primer lugar, la migración de los raizales puede ser atribuida a la búsqueda de atención médica especializada, acceso a medicina de bajo y alto costo, así como la realización de procedimientos médico quirúrgicos, hecho que se vio magnificado por la pandemia del COVID-19. La

3. Base censal ORFA corte a 26 de julio de 2020. ACCVSYE Raizal, año 2020

emergencia sanitaria en Colombia inició el 6 de marzo de 2020, lo cual produjo un confinamiento masivo de la población con miras a mitigar la tasa de propagación del virus. El territorio insular no fue la excepción, pero debido al sistema de salud precario, capacidad instalada hospitalaria reducida, recursos médicos y talento humano insuficiente para el tratamiento de los pacientes, muchos de los residentes decidieron trasladarse a territorio continental con el objetivo de obtener atención médica y un mayor estado de bienestar (9).

Así mismo, en noviembre de 2020, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Catalina fue azotado por dos huracanes: Eta e Iota, categoría 3 y categoría 4, respectivamente; este último siendo más devastador que el anterior. El ojo del huracán impactó directamente las islas de Providencia y Santa Catalina, causando daños extensos y un corte de energía general como resultado de la destrucción de la planta eléctrica. Sus habitantes permanecieron sin suministro de agua potable, electricidad, atención médica ni forma de comunicarse con el exterior durante varios días. El paso de ambos huracanes ocasionó la destrucción de gran parte de la infraestructura en dichas islas.

Por su parte, en San Andrés las lluvias torrenciales y las grandes olas causaron inundaciones extensas, con la marejada ciclónica alcanzando alrededor de 3 metros por encima de los niveles normales de marea. Los intensos vientos de Iota arrancaron la vegetación insular arrojando escombros sobre las casas, generando daños en techos de viviendas, establecimientos comerciales y hoteles. Como resultado de las densas lluvias y de las altas olas, se vivió una inundación de aproximadamente seis pulgadas que afectó la movilidad de las personas y obligó al cierre del Aeropuerto Internacional Gustavo Rojas Pinilla (10).

Como consecuencia de este desastre climático, se generó un éxodo masivo de raizales residentes en el archipiélago, mayormente proveniente de las islas de Santa Catalina y Providencia hacia las diferentes ciudades del territorio colombiano y algunas del exterior, puesto que disminuyó dramáticamente la pesca, el turismo y el comercio, consideradas como las principales fuentes de ingreso en la región.

En segundo lugar, un factor adicional para tener en cuenta es la disponibilidad de la información demográfica. Esta puede verse influenciada por diversas causas, como el posible subregistro de migrantes entrantes en la base censal de ORFA o la calidad y actualización misma de los datos. Sin embargo, cabe resaltar que el registro de residentes efectuado por ORFA, en cabeza de su presidenta Lizeth Jaramillo Davis, es un esfuerzo extraordinario y proporciona herramientas importantes para la caracterización y el estudio de la población étnica. Igualmente, la organización brinda un refugio seguro para los raizales, al permitirles continuar con su desarrollo cultural y dialógico, garantizando espacios participativos para la visibilización de su tradición. Aunado a esto, es primordial expresar que ORFA es la única organización que se ha encargado de realizar un registro censal de la población raizal de Bogotá, siendo ésta una valiosa labor que es ejecutada por medio del trabajo comunitario, casi manualmente y partiendo de ceros, realizada día a día por los integrantes de la organización, en especial desde el Centro de Escucha⁴, en cabeza de Derwin Forbes-Jay.

4. Los centros de escucha se disponen en aras de generar la representatividad de una comunidad concreta, en este caso la Raizal, dando respuesta inmediata a las necesidades, inquietudes y demandas del pueblo Raizal, respecto a uno o varios temas específicos. En el caso del centro de escucha al que refiere el texto, su campo de indagación y ejecución, obedece a las condiciones de atención en salud para los raizales residentes en la ciudad de Bogotá.

Frente al tema, ORFA, en cabeza de su presidencia, busca fortalecer constantemente los esfuerzos por construir un registro expansivo y erradicar en lo posible el fenómeno de subregistro, con el fin de generar redes de apoyo sólidas que se trasladen a posibles ayudas y apoyos a quienes migran en condiciones económicas y psicosociales adversas.

1.2.2 Distribución por edad y por momento curso de vida

Desde un punto de vista epidemiológico, el curso de vida es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad a causa de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (11). Durante estas etapas se tienen diferentes necesidades vitales, expectativas sociales, capacidades, y responsabilidades. Estos aspectos son dinámicos y difieren de acuerdo con el contexto social, cultural e histórico de cada individuo o grupo poblacional.

Tabla 1. Distribución de la Población Raizal por momento curso de vida, Bogotá (2023)

Momento curso de vida	Mujeres		Hombres		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primera Infancia (0 - 5 Años)	45	4,6 %	39	4,2 %	84	4,4 %
Infancia (6 a 11 años)	66	6,8 %	102	10,9 %	168	8,8 %
Adolescencia (12-17 años)	66	6,8 %	79	8,5 %	145	7,6 %
Juventud (18 a 28 años)	232	23,7 %	207	22,2 %	439	23,0 %
Adultez (29 a 59 años)	433	44,3 %	403	43,1 %	836	43,7 %
Vejez (60 años y más)	135	13,8 %	104	11,1 %	239	12,5 %
Total	977	100,0 %	934	100,0 %	1.911	100,0 %

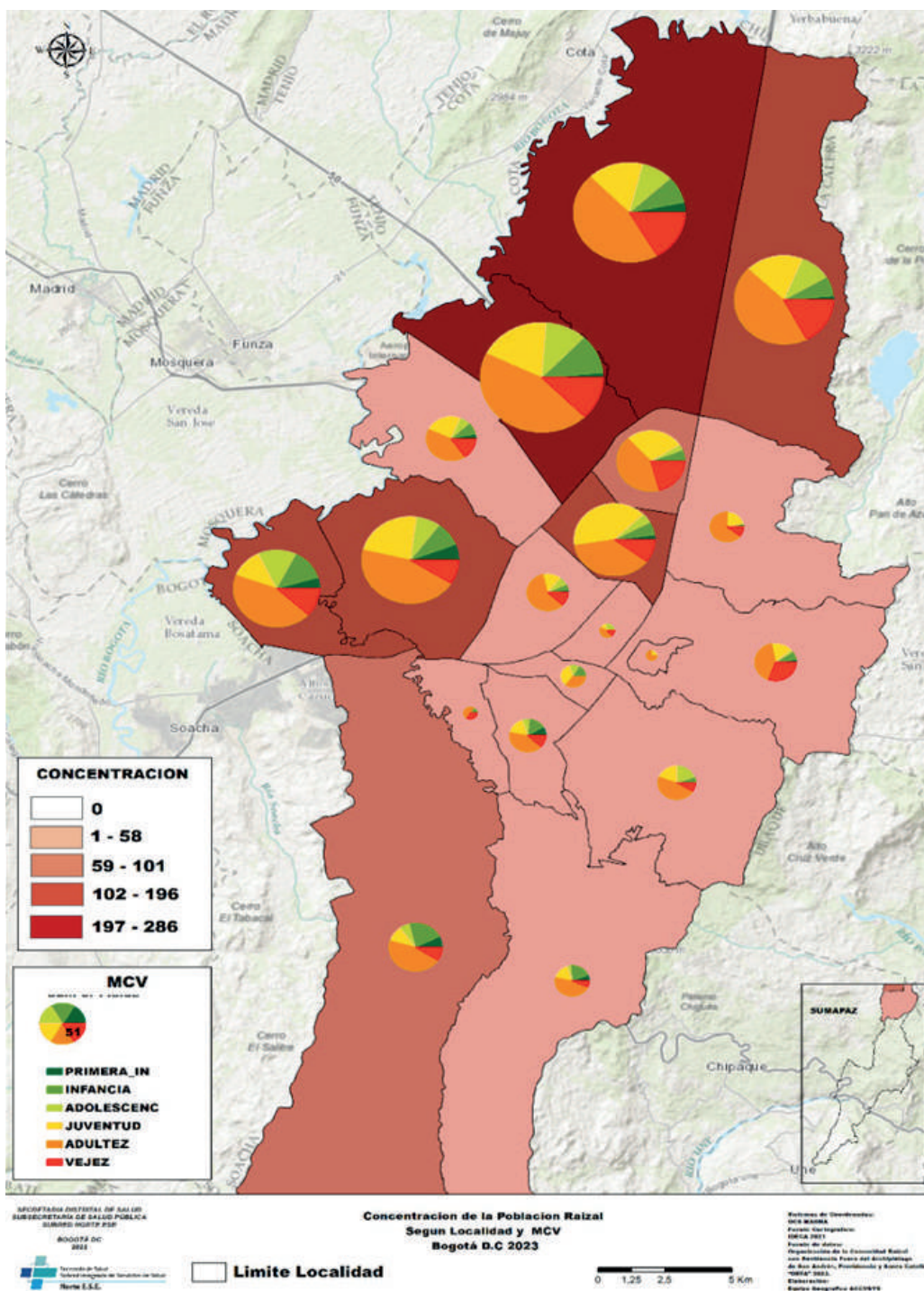
Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

Para caracterizar mejor a la población Raizal residente en el distrito, se analizó la población por momento de vida, obedeciendo a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas nacionales definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). En adelante, se entenderá como primera infancia el grupo poblacional correspondiente a los niños y niñas menores de 5 años, niños y niñas de 6 a 11 años, adolescentes a las personas de 12 a 17 años, jóvenes a personas de 18 a 28 años, adultos de 29 a 59 años y persona mayor a los mayores de 60 años.

Como se observa en la tabla 1, la mayor parte de la población Raizal está conformada por personas adultas 43,7 % (n= 836), seguido por jóvenes 22,9 % (n=439) y adultos mayores 12,5 % (n=239). Los adolescentes, infantes e individuos raizales pertenecientes a la primera in-

fancia constituyen los grupos con menores proporciones dentro de la comunidad, concentrando solo el 20,7 % (n=383).

Mapa 3. Distribución por localidad y curso de vida de la población Raizal en Bogotá (2023)



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

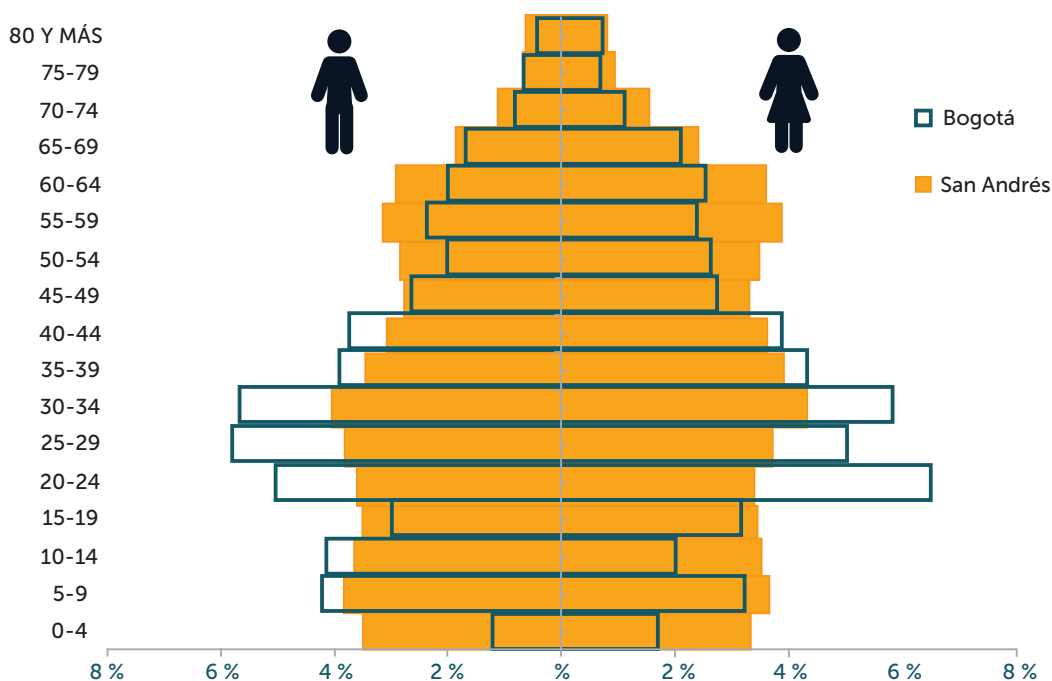
Las localidades con mayor concentración de población adulta son Engativá 5,9 % (n=113), Suba 5,7 % (n=111), Usaquén 4,6 % (n=89) y Kennedy 4,4 % (n=86). En algunas localidades como Teusaquillo, Antonio Nariño y La Candelaria, no existe población predominante de acuerdo con su momento de curso de vida, dado que se observan valores similares entre la composición de la población adulta y joven (ver Mapa 3).

1.2.3 Estructura poblacional

Teniendo en cuenta la información obtenida previamente, se puede observar que la población de los raizales residentes en el territorio de Bogotá presenta una forma de pirámide desequilibrada, dado que no es posible definir una forma característica; sin embargo, denota un predominio de los grupos jóvenes y adultos, con una marcada reducción de la población infantil (menor de 5 años), y adolescente (10 a 19 años).

Hay un ensanchamiento hacia la porción central de la pirámide, que va desde los 20 hasta los 34 años, encontrando cierta relación con los fenómenos migratorios hacia la ciudad de Bogotá, especialmente de personas jóvenes y adultas (o población económicamente activa) pues, por lo general, son quienes migran a la capital motivadas por la búsqueda de mejores condiciones socioeconómicas, estableciéndose de manera permanente en la ciudad por ofertas laborales.

Gráfica 2. Pirámide Poblacional población Raizal en Bogotá y Archipiélago de San Andrés y Santa Catalina (2023)



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo, 2023, y Proyecciones poblaciones Censo DANE CNPV, año 2023.

La base estrecha indica un descenso en las cifras de natalidad, mientras que la cima representa una población madura o envejecida, con aumento en la esperanza de vida, con predominio en el grupo femenino. Llama la atención el desequilibrio en algunos grupos de edad, donde hay predominio de un género sobre otro, como es el caso del grupo de 5 a 9 años, donde los hombres representan 57 % de este segmento. Estos datos son similares a los encontrados en el ASIS para la comunidad Raizal en Bogotá del año 2020 (8).

La estructura demográfica de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá presenta un panorama diferente al observado en el territorio insular, donde se observa una forma característica de pirámide estacionaria, con una base ligeramente reducida y un leve ensanchamiento en la población de 30 a 34 años y en la de 55 a 59 años, así como en los grupos de la cúspide, denotando una reducción de la tasa de natalidad, en relación con posible retorno de los adultos jóvenes que migraron. Un fenómeno similar se observa en el grupo población de 54 a 64 años, en el que nuevamente hay un aumento de población. Es probable que este grupo poblacional retorne al territorio de origen hasta su senescencia, pues no se tienen grandes variaciones en natalidad y mortalidad.

Otros indicadores demográficos: a continuación, se encuentra una descripción del cambio en los indicadores demográficos de la población Raizal residente en el distrito, entre los años 2020 y 2023:

- » **Relación hombre – mujer:** hace referencia a la relación entre hombres y mujeres. Para el año 2020 por cada 100 mujeres había 88,9 hombres, y para el 2023 esta relación aumentó, pasando a 95,4 hombres, con una relación de 0,95 a 1, lo que indica mayor representatividad del grupo femenino, considerando el aumento del grupo masculino dentro de la comunidad.
- » **Razón niños – mujer:** hace referencia a la relación entre niños y mujeres en edad fértil. Para el año 2020, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 17 niños entre 0 y 4 años, mientras que en el 2023 esta cifra descendió a 6, lo que indica una reducción marcada del momento de curso de vida primera infancia, situación que también es atribuida a la disminución en las cifras de nacimientos.
- » **Índice de infancia:** hace referencia a la relación entre los menores de 15 años y la población total. Para el año 2020 la población menor de 15 años correspondía al 19 % de toda la población, un 3% más que lo observado para el año 2023 donde el aporte es del 16 %. Este indicador, ratifica el descenso en la población infantil dentro de la población Raizal.
- » **Índice de Juventud:** hace referencia a la relación entre la cantidad de personas de 15 a 29 años y la población total. En el año 2020, el 33 % de la población correspondía a personas entre 15 y 29 años, mientras que para el año 2023 este indicador pasó a 28 %, lo que se relaciona con el aumento de la población adulta en el descenso de los grupos de edad de la base de la pirámide poblacional.
- » **Índice de vejez:** hace referencia a la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2020, el 6 % de la población correspondía a mayores de 65 años, y

para el 2023 incrementó, pasando a 14 %, lo que indica aumento en el envejecimiento de la población.

- » **Índice de envejecimiento:** hace referencia a la relación entre la cantidad de personas adultas mayores de 60 años y la cantidad de niños y jóvenes menores de 15 años. Para el año 2020 se calculó un indicador de 32, el cual asciende exponencialmente a 87 en el año 2023, cifra que indica un alto grado de envejecimiento y alerta sobre una posible concentración de la demanda de servicios de salud en torno a las necesidades de la población que se encuentra en las últimas etapas de la vida.

Tabla 2. Indicadores Demográficos comparativos año 2020 y 2023 población Raizal residente en Bogotá D. C.

Índice demográfico	Año 2020	Año 2023
Población Masculina	377	935
Población Femenina	141	980
Relación Hombre: Mujer	88,92	95,40
Razón Niños: Mujer	17	6
Índice de Infancia	19	16
Índice de Juventud	33	28
Índice de Vejez	6	14
Índice de Envejecimiento	32	87
Índice Demográfico de Dependencia	33,8	33,09
Índice de Dependencia Infantil	22,55	21,19
Índice de Dependencia de Mayores	8,25	11,9

Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA año 2020 y año 2023.

- » **Índice demográfico de dependencia:** hace referencia a la relación entre la población dependiente, es decir, la menor de 15 años y la población mayor de 64 años junto con la población entre 15 y 64 años. Expresa la proporción existente entre la población dependiente y la población de la cual depende. No se observan cambios significativos en este indicador entre el año 2020 y 2023, puesto que, en el año 2020, de cada 100 personas entre los 15 a 64 años dependían 33,8 personas menores de 15 años o mayores de 65 años, mientras que para el 2023 pasó a 33,09 personas.
- » **Índice de dependencia infantil:** hace referencia a la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2020, 22 menores de 15 años dependían

de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2023, pasó a 21. No se evidencian cambios en el indicador.

- » **Índice de dependencia de mayores:** hace referencia a la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2020, 8,25 personas raizales de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, cifra que aumentó a 11,9, lo que indica que la población se encuentra *ad portas* de un proceso de transición demográfica, concordante con los índices de vejez y envejecimiento.

1.2.4 Natalidad

Tras realizar el cruce de información de la base de Registro Único de Afiliados (RUAF -ND) de los años 2019 – 2022 y la base censal de ORFA con corte a mayo de 2023, se identificaron 41 nacimientos de raizales al interior del distrito, con una representatividad de 56,1 % (n=23) hombres, y 43,9 % (n= 18) mujeres.

La tasa bruta de natalidad (TBN) se define como el número total de nacidos vivos que se producen en un territorio por cada mil habitantes en un período determinado, lo cual permite medir el efecto del crecimiento poblacional o demográfico. Con base en lo anterior, se estimaron las TBN⁵ para la población Raizal durante el período 2019 a 2022, donde se identificó un comportamiento que tiende al descenso, similar al que se viene presentando en la ciudad de Bogotá y el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en ese mismo período (ver Gráfica 3); sin embargo, las tasas de natalidad de los raizales se encuentran por debajo de las cifras distritales.

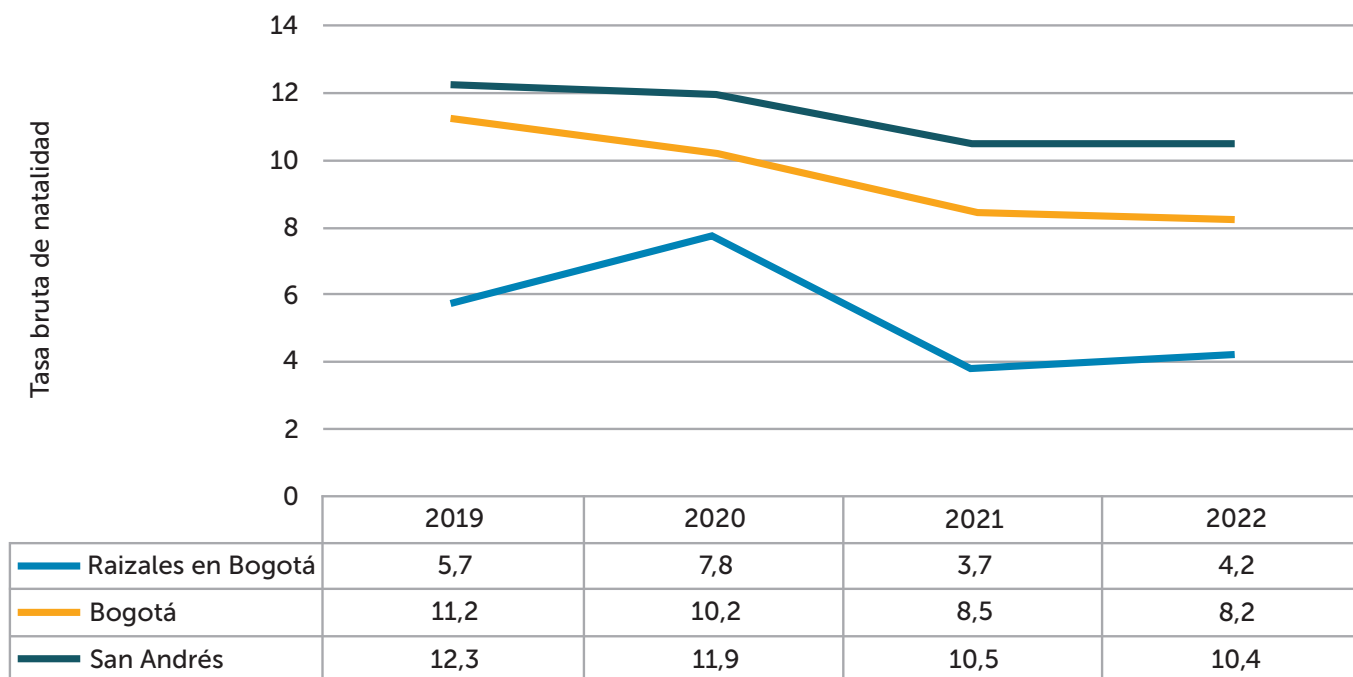
Para el año 2019, la tasa se calculó en 5,7 nacimientos por cada 1000 habitantes raizales, cifra que descendió a 3,7 en el año 2021, y a 4,2 para el año 2022. Estos datos coinciden con lo reportado en la pirámide poblacional, lo que indica una baja capacidad reproductiva de la comunidad.

Frente a esto último, la información primaria recolectada permite indicar que las mujeres raizales entretejan nuevos proyectos de vida, donde priman las expectativas individuales ligadas al crecimiento laboral, educativo y personal, y la búsqueda de espacios seguros para la exploración de otras formas de desarrollo personal, que no se permean por conceptos que ellas leen como conservadores y que, según lo expresado por algunas en los encuentros participativos, pueden llegar a constreñir su libertad de expresión.

A continuación, se presenta la TBN de la población Raizal en Bogotá, en contraste con la tasa distrital y con la departamental de San Andrés:

5. Las tasas brutas de natalidad se calcularon tomando como base la población Raizal censada para el año 2023, pues no se cuenta con proyecciones poblacionales por año.

Gráfica 3. Comparación tasas brutas de natalidad población Raizal de residente en Bogotá D. C., Ciudad de Bogotá D.C. y Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023, proyecciones poblacionales CNPV 2018 para el año 2023 y Base Nacidos vivos RUAF ND años 2019 –2022

1.2.5 Fecundidad

Las tasas específicas de fecundidad (TEF) se definen como el número de nacimientos de mujeres en cada edad reproductiva, es decir, quinquenios entre los 10 y 54 años, que aportan información relevante acerca de los patrones de fecundidad de una población.

La población Raizal muestra TEF⁶ bajas al inicio del período reproductivo de las mujeres (10 a 19 años), pero aumentan rápidamente entre los 20 y 34 años, siendo mayores entre los 25 a 29 años. Posterior a estos grupos de edad, las tasas descienden de manera inversamente proporcional a la edad (ver Tabla 3). Este comportamiento se mantiene a nivel general en todos los años analizados, sin embargo, se observa que para el año 2020, las mayores tasas se ubicaron entre los 30 y 34 años, mientras que, en el año 2021, se ubicaron entre los 35 y 39 años.

La Tabla 3 presenta las tasas de fecundidad estimadas para cada grupo de edad quinquenal durante los años 2019 a 2022, en donde se presenta un pico de nacimientos en madres de edades entre los 25 y 34 años.

6. Las tasas específicas de fecundidad se calcularon tomando como base la población Raizal censada para el año 2023, pues no se cuenta con proyecciones poblacionales por año.

Tabla 3. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, población Raizal de residente en Bogotá D. C. años 2019 a 2022

Grupo quinquenal	Años				
	2019	2020	2021	2022	Total
10 a 14 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 a 19 años	0,0	0,0	16,7	0,0	16,7
20 a 24 a años	24,2	16,1	0,0	0,0	40,3
25 a 29 años	41,7	52,1	20,8	41,7	156,3
30 a 34 años	27,0	63,1	9,0	36,0	135,
35 a 39 años	0,0	0,0	36,6	0,0	36,6
40 a 44 años	13,5	13,5	0,0	0,0	27,0
Total general	211,5	288,5	134,6	153,8	788,5

Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023 y Base Nacidos vivos RUAF ND años 2019 -2022p

Por otro lado, en consideración a los nacimientos a partir de la edad de la madre, se resalta un solo nacimiento ($n=1$) en mujeres adolescentes (10 a 19 años), cifra que representa el 2 % de los nacidos vivos raizales, evidenciándose una baja proporción de embarazos adolescentes en la población étnica censada.

1.2.6 Desplazamiento y migración

La migración es el movimiento individual o colectivo de personas a través de fronteras administrativas o políticas, desde un territorio de origen a otro de destino, con el fin de radicarse de forma temporal o definitiva (12).

Para el caso Raizal, la migración no se limita únicamente al territorio continental. Inicialmente, es de vital importancia entender que las razones para migrar de las personas raizales a la zona continental están vinculadas de forma intrínseca a las condiciones de desigualdad que experimenta el archipiélago hace varias décadas. Desde la declaración de Puerto Libre, en el año 1953, existió una exención y cupo libre en los aranceles de productos extranjeros que los continentales compraran en la zona insular del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Esto derivó en la proliferación de economías mercantiles de personas mestizas tanto colombianas como extranjeras; respecto a estas últimas, en su mayoría turcas, judías y chinas. Así, se empezó a gestar un fenómeno de sobrepoblación y gentrificación que aún persiste en la zona insular y que ha tenido efectos garrafales para las personas raizales nativas del archipiélago. En muchos casos se han visto obligadas a migrar de su territorio de origen por la falta de oportunidades económicas que provee el contexto y el encarecimiento paulatino del costo de vida

en el mismo. Para la muestra de los efectos de la declaración de las islas como Puerto Libre, está el hecho de que la población de la isla pasó de 3.705 habitantes en 1951, a 14.413 en el censo de 1964. En 1993 la población estaba ya en 56.361. (13) (14).

En la primera mitad del siglo XX, los raizales se dedicaban a la agricultura, la pesca y la navegación. Tras esta medida de ‘continentalización’ vieron desplazadas de forma irreversible sus actividades económicas y, por ende, las nociones ontoepistémicas asociadas a las mismas, teniendo como consecuencia un etnocidio sistemático. Esto quiere decir que los conceptos, prácticas y disposiciones sociales que definían el buen vivir en las islas han sido transformadas e, inclusive, exterminadas por la historia política y económica que las ha atravesado. El fenómeno de continentalización ha derivado en un duelo social, no solo por las formas particulares de existencia y sentipensamiento que solían existir, sino por la carencia de garantías para permanecer dignamente en el lugar de origen. Esto describe de forma primaria la razón por la que varias generaciones de personas raizales, desde la segunda mitad del siglo XX, han nacido en territorios continentales, no solo en Latinoamérica, sino también en Europa o Estados Unidos. Según la información cualitativa recolectada, Bogotá persiste como un territorio estratégico de migración. Lo anterior obedece a que, al ser la capital del Estado Nación, suele representar para muchos escenarios de posibilidad económica, académica y personal, sin perder la facilidad de poder mantener contacto con el territorio insular.

Así las cosas, en la base censal de ORFA con corte a mayo 2023 se registraron lugares de procedencia tanto nacional como internacional (ver Tabla 5). A la luz de esta información es posible concluir que el grueso de la población raizal que habita el distrito, con corte a 2023, proviene principalmente de Bogotá 37,9 % (n=726), San Andrés 27,1 % (n=519), Providencia 4,1 % (n=79), Bolívar 0,8 % (n =16) y Cundinamarca 0,7 % (n=13). Cabe resaltar, que la base censal presenta un subregistro del 25,4 %, pues no todos los raizales registraron sitio de procedencia.

Si bien es cierto que una gran proporción de raizales en Bogotá provienen del territorio insular, un gran número ha nacido en la ciudad capital. Con miras a realizar un análisis de flujo migratorio completo, es preciso tener información acerca de las personas que migran de la ciudad hacia otros destinos de asentamiento, sin embargo, la base de datos examinada no aporta dicha información.

Tabla 4. Lugar de procedencia de la población Raizal, Bogotá D.C., 2023.

Lugar De Procedencia	Número	Porcentaje
Bogotá	726	37,9
San Andrés	519	27,1
Providencia	79	4,1
Bolívar	16	0,8
Cundinamarca	13	0,7
Santander	11	0,6

Lugar De Procedencia	Número	Porcentaje
Atlántico	9	0,5
Venezuela	8	0,4
Meta	6	0,3
Boyacá	5	0,3
Panamá	5	0,3
Valle del Cauca	4	0,2
Antioquia	3	0,2
Tolima	3	0,2
Alemania	2	0,1
La Guajira	2	0,1
Magdalena	2	0,1
Caldas	2	0,1
Córdoba	2	0,1
Chocó	2	0,1
Cesar	2	0,1
Amazonas	2	0,1
República Democrática del Congo	1	0,1
EE. UU.	1	0,1
Quindío	1	0,1
Nariño	1	0,1
Huila	1	0,1
Sin dato	487	25,4
Total	1915	100,0

Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA período 2030, corte mayo 1ro, 2023.

1.2.7 Víctimas de conflicto armado

Según el Grupo Banco Mundial, "el desplazamiento forzado se refiere a la situación de las personas que dejan sus hogares o huyen debido a los conflictos, la violencia, las persecuciones y las violaciones de los derechos humanos" (15)

De acuerdo con los datos obtenidos del RUV⁷, a 31 de octubre de 2022, en Bogotá se ubicaron 348.310 Víctimas de Conflicto Armado (VCA), de las cuales se identificaron como raizales el 0,4 %, es decir, 1.393 (16). En cuanto a la población Raizal censada, se observó que un 0,5 % (n= 10) se reconocen como VCA, según lo establecido por la Ley 1448 de 2011 (13). De este grupo, las

7. RUV, registro único de víctimas

mujeres representan el mayor peso porcentual, con el 60,0 % (n=6), mientras que el 40,0 % (n=4) restante está constituido por hombres. Por otro lado, el 50 % de las VCA son personas adultas, seguido por jóvenes y adolescentes, cada grupo con un 20 %, y en menor proporción el momento de curso de vida infancia, con un 10 % (n=1), procedentes principalmente de los departamentos de Boyacá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Magdalena y de la ciudad de Bogotá.

1.3 Contexto socioeconómico

1.3.1 Aseguramiento

Con miras a evaluar el acceso oportuno, efectivo y equitativo de la población Raizal a los servicios médicos para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, así como tratamiento y rehabilitación de las mismas, se examinó la base de datos de la población Raizal asegurada con corte a mayo de 2023, permitiendo estimar que el 99,4 % de la población se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta cifra es superior a la presentada en el documento ACCVSYE Raizal del año 2020, donde la cobertura de aseguramiento de la población censada por ORFA en el año 2020 era del 96 %.

Según régimen de aseguramiento, la población Raizal tiene mayor número de afiliados en el régimen contributivo 85,2 % (n=1629), seguido por aquellos pertenecientes al régimen subsidiado 11,2 % (n=214) y, por último, el régimen de excepción 2,9 % (n=56), cifras que sugieren una alta vinculación laboral de tipo formal por la mayor parte de la comunidad. Cabe resaltar, que el número de población Raizal no asegurada 0,4 % (n=8) reflejada por la base de datos es mínimo y, adicionalmente, presenta un reducido número de registros sin datos 0,2 % (n=4).

Frente a los raizales que no cuentan afiliación en salud se encontró una distribución poblacional en las localidades de Kennedy 37,5 % (n=3), Bosa 25,0 % (n=2), Engativá 25,0 % (n=2) y Barrios Unidos 12,5 % (n=1). Dentro de este grupo no asegurado, se identificó que el 50,0 % son menores de edad, residentes de las localidades de Bosa 25,0 % (n=1) y Kennedy 75,0 % (n=3), entre ellos, raizales provenientes otros países.

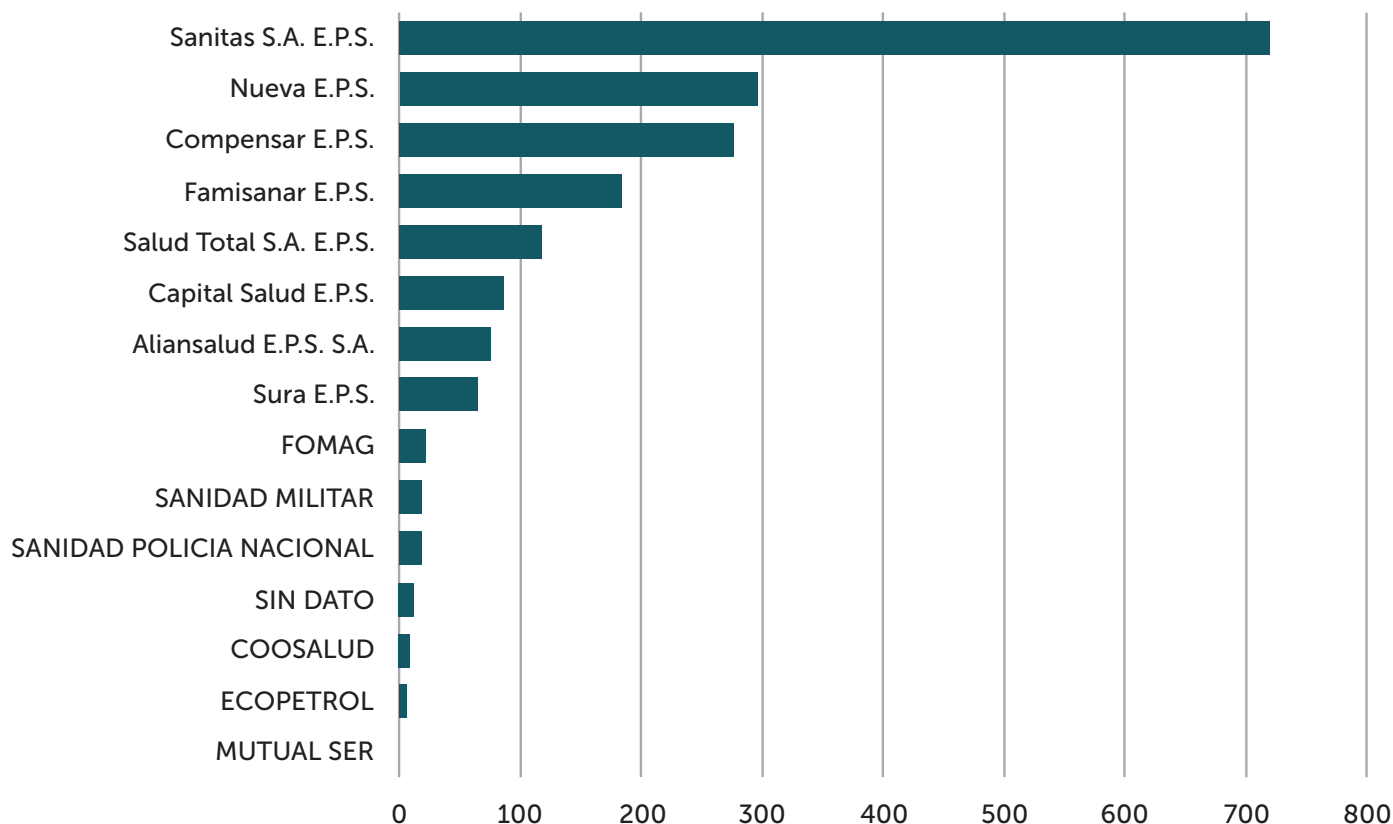
Pese a esto, al interior de la organización ORFA se cuenta con canales de comunicación para facilitar la gestión de afiliación y con personal capacitado para brindarle orientación a los raizales nuevos y antiguos en el territorio distrital, particularmente frente a las rutas necesarias para garantizar su estado de aseguramiento en salud.

En lo referente a la afiliación de la población raizal a EAPB se identificó que un amplio número de individuos se encontraban afiliados a Sanitas 37,6 % (n=719), Nueva EPS 15,5 % (n=296), y Compensar 14,41 % (n=276), entidades que mantienen el mayor número de afiliados raizales al interior del distrito, al contrastar con lo expuesto en ACCVSYE realizado en el año 2020. (2)

Ahora bien, es importante resaltar que Sanitas y Nueva EPS son las únicas EAPB con presencia en el archipiélago, sin embargo, los raizales refieren tener mayor preferencia a Sanitas EPS,

ya que, adicional a la cobertura en salud, brinda beneficios de alojamiento, traslados y alimentación para el paciente y un acompañante, en lo que respecta a valoraciones por especialistas, estudios diagnósticos y procedimientos médico quirúrgicos. Por otra parte, la población registra aseguramiento en otras entidades tales como Famisanar 9,7 % (n=185), Salud Total 6,2 % (n=118) y Capital Salud 4,6 % (n=87), ver Gráfico 4.

Gráfica 4. Distribución por régimen y EAPB de la población Raizal en Bogotá, 2023



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA período 2030, corte mayo 1ro, 2023

1.3.2 Condiciones de vivienda y educación

En cuanto a las condiciones de vivienda, la población Raizal participante en el sondeo aplicado refirió contar con todos los servicios públicos básicos, lo cual cobra especial sentido dado que la totalidad reside en urbanas de la capital, zonas con alta cobertura en servicios públicos⁸. Por otra parte, esta variable no está registrada en la base censal, por consiguiente, su análisis fue limitado.

8. De acuerdo con la plataforma TerriData del Departamento Nacional de Planeación, en Bogotá para el 2018 existía una cobertura de acueducto en un 99,5%, alcantarillado 99,2 %, energía eléctrica rural y urbana en un 100 %

Teniendo en cuenta el sistema de estratificación socioeconómica en Colombia, se encontró que el estrato tres es el más frecuente en la población Raizal residente en Bogotá, con un 42,8 %, seguido del estrato dos, con un 21,8 %, lo cual concuerda con la distribución por estratos de la ciudad, en la cual el 70,0 % corresponde a poblaciones con estratos entre uno y tres (16). Cabe resaltar, que existe un subregistro al interior de la base censal de ORFA en lo referente a esta variable, dado que un 38,4 % (n=735) de la población registrada en dicha base no posee información sobre estratificación socioeconómica en el distrito. Por otro lado, frente a la predominancia de vivienda ubicada por UPZ en las diferentes estratificaciones de Bogotá, se encontró la siguiente distribución: estrato uno en Ismael Perdomo 0,7 % (n=14); estrato dos en Bosa Central 4,8 % (n=92); estrato tres en Garcés Navas 2,3 % (n=44); estrato cuatro en Teusaquillo 1,4 % (n=27); estrato cinco en La Alhambra 0,6 % (n=11); y, por último, estrato seis en Santa Bárbara 1,3 % (n=26).

En cuanto a la escolaridad de los raizales en Bogotá, partiendo de los registros censales de ORFA, únicamente el 4,4 % de la población aportó información relacionada con su nivel educativo; lo cual devela un subregistro considerable. Si bien esta situación incide en la representatividad de los datos, podría establecerse que, del total poblacional a nivel distrital, el 0,2 % de los raizales en Bogotá reporta nivel básico de primaria, el 0,2 % cursa grados de preescolar, el 0,6 % nivel básico de secundaria, el 0,1 % nivel tecnológico y el 3,28 % nivel de estudios profesionales (n=63). De los raizales profesionales, un 50,5 % (n=49) pertenecen al área de la salud, y de los otros perfiles se identificaron profesionales en las áreas de derecho, administración de empresas, consultor aeronáutico e ingenierías. Se identificó también que, de la totalidad de profesionales al interior de la comunidad Raizal, un 87,5 % (n=7) corresponden a personas de sexo femenino, mientras que el 12,5 % (n=1) restantes fueron descritas como de sexo masculino.

En el ASIS Raizal del 2020 se estableció que la población de raizales a nivel distrital estaba constituida por un grupo reducido de estudiantes que se encontraban cursando primaria y bachillerato y, algunos otros, cursando estudios de educación superior. En contraste, en el presente análisis se observó que la mayoría de las personas que migran desde el territorio insular lo hace con fines educativos de un nivel superior o complementarios; o en miras a obtener mejores opciones laborales.

Por otra parte, el 96,2 % (n=1.838) de los raizales censados no aportó información acerca de su ocupación actual, pero se identificó que el 3,1 % (n=60) son población ocupada de manera formal, el 0,1 % (n=1) labora de manera informal, el 0,1 % (n=1) realiza labores en el hogar, el 0,1 % (n=1) es cesante y el 0,5% (n=10) corresponde a estudiantes.

En cuanto a la generación de ingresos a partir de la dinámica de autoempleabilidad y trabajo independiente, se registran 23 emprendimientos, algunos asociados a dinámicas familiares, por lo que no se puede especificar el número de personas que desarrollan estas actividades. Los emprendimientos referidos en la base censal se encuentran relacionados mayoritariamente con las áreas de gastronomía, aunque también se encuentran algunos vinculados con asuntos de moda y textiles, estilistas y manejadores de imagen, venta de productos para mascotas y productos varios.

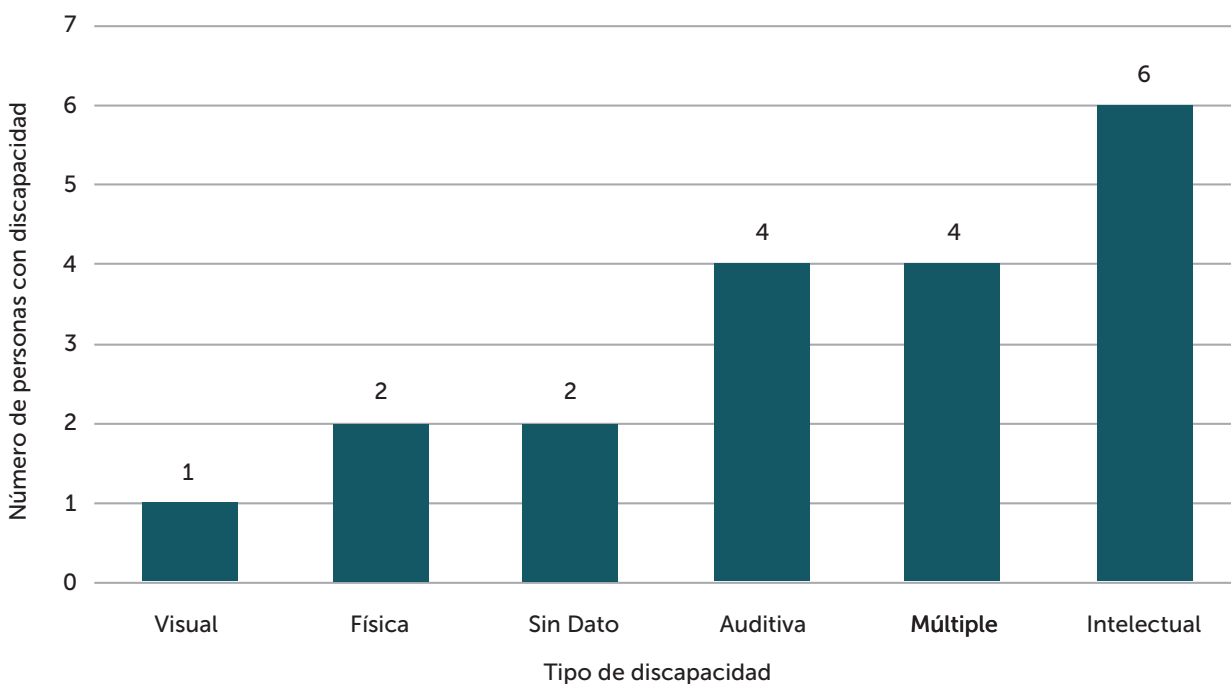
1.3.3 Discapacidad

La población Raizal no es ajena a tener individuos con algún grado de discapacidad, tanto física como mental. Se identificaron al interior del grupo poblacional 19 personas con discapacidad que se encuentran entre el espectro de compromiso de órganos sensoriales hasta alteraciones congénitas cromosómicas. De este total, el 32 % (n=6) son de sexo femenino y el 68 % (n=13) de sexo masculino.

Por otra parte, el mayor porcentaje de población Raizal con discapacidad se encuentra localizado en la localidad de Engativá 21,1 % (n=4), seguido de Suba y Bosa, cada una con un 15,8 % (n=3), y Chapinero con el 10,5 % (n=2). Finalmente, las localidades de Barrios Unidos, Antonio Nariño, Usaquén, Kennedy, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe y Teusaquillo, registran de manera independiente un 5,3 % (n=1).

En lo referente al compromiso de discapacidad por momento de curso de vida, se observó un mayor compromiso en las etapas de adolescencia y adultez, aportando cada una 26,3 % (n=5), seguido por las etapas de Infancia, Juventud y vejez, cada una con 15,8 % (n=3). En el grupo de primera infancia no se identificó ningún caso de discapacidad en los datos analizados. A continuación, se exponen los tipos de discapacidad registrados al interior de la comunidad Raizal censada por ORFA, en la cual se presentaron dos casos sin dato de registro sindromático de discapacidad. Ver grafica 5.

Gráfica 5. Población Raizal con Discapacidad en Bogotá (2023)



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA período 2030, corte mayo 1ro, 2023.

Conclusiones

Como se observó a lo largo del capítulo, la concentración poblacional de la comunidad Raizal ha aumentado de manera dispersa en las diferentes localidades de Bogotá. Sin embargo, existe una preponderancia por localidades como Engativá, Suba, Usaquén y Kennedy, territorios donde los raizales resuelven necesidades de atención médica, trabajo, educación y redes familiares de apoyo.

La población étnica del territorio distrital ha aumentado en los últimos años, aumentando un 80,28 % con respecto a las cifras publicadas por el CNPV en 2018 y un 141,6 % con respecto a la población censada por ORFA en 2020, manteniendo una distribución similar en cuanto a más mujeres que hombres.

Aunque no se encontraron bases cuantitativas ni cualitativas sólidas para describir el proceso exacto bajo el cual se da el fenómeno de distribución de sexos descrito anteriormente, es posible inferir gracias a algunas descripciones realizadas por los mismos miembros de la comunidad que las dinámicas socioculturales raizales son predominantemente matriarcales en la actualidad.

El rol social de la mujer tiende a asociarse con liderazgo, aprendizaje y transmisión de conocimiento. Por tanto, el crecimiento laboral, educativo y personal de las mujeres suele ser un factor predominante a la hora de migrar, existiendo así apuestas sociales por parte de las unidades familiares raizales para que sus hijas o parientes mujeres puedan desarrollarse profesionalmente y retribuir con su conocimiento a la comunidad, de manera óptima y consciente. Lo anterior se evidencia en el hecho de que las mujeres raizales suelen tener un nivel educativo más alto en comparación con los hombres de la comunidad.

Otra razón psicosocial que emergió en los ejercicios colectivos de recolección de información, la cual explica también el crecimiento poblacional de mujeres raizales en el territorio distrital, es la expectativa individual de la migrante. En su mayoría buscan un espacio seguro para explorar nuevas formas de desarrollo en su personalidad, formas que no se vean necesariamente permeadas por conceptos conservadores y que limiten su libertad de expresión. Tales factores de estrés están en muchos casos asociados a la moral religiosa que se experimenta en la isla. Se debe aclarar que las mujeres que proporcionaron esta información son adultas jóvenes, es decir que nacieron varias décadas después de la declaración del archipiélago como Puerto Libre. Por tanto, convivieron desde su nacimiento con la interculturalidad expresada en la región y experimentaron así las transformaciones de la ancestría Raizal y el contraste con otras perspectivas y nociones de mundo. Esto no implica la negación de su fe católica, protestante, cristiana, bautista o adventista, al contrario, desde sus creencias y ser mujer Raizal, evalúan los efectos sociales que estas creencias, religiones y ciertas personas raizales del archipiélago ejercen al ceñirse a las costumbres de estas vertientes, e igualmente conciben a Bogotá como un territorio donde pueden ser anónimas, fenómeno que se describe con mayor precisión en los próximos capítulos.

De este análisis se puede concluir que las dinámicas demográficas han presentado un cambio notorio comparado con lo observado en años previos. Como se expuso anteriormente, el aumento en número de raizales al interior del distrito responde a distintos factores socioeconómicos, al aumento en el registro y captación activa de individuos raizales por parte de ORFA, al éxodo ocasionado por la pandemia de COVID-19 y la catástrofe ambiental que devino sobre los moradores del territorio insular producto de los huracanes del 2020.

En cuanto a la composición y estructura demográfica, se observó una pirámide poblacional de tipo desequilibrada, donde predominan los jóvenes y adultos, con una marcada reducción de la población infantil y adolescente, evento posiblemente relacionado con factores migratorios en pro del mejoramiento de condiciones socioeconómicas. Adicionalmente se observó un descenso en las cifras de natalidad y un aumento en la esperanza de vida con predominio en el grupo femenino. Por otro lado, el aumento en los índices demográficos de vejez y envejecimiento revelan un incremento gradual en el envejecimiento de la población, así como un ascenso exponencial de la edad adulta en comparación con la edad infantil lo cual demuestra que un número considerable de Raizales en últimas etapas vitales han adoptado el territorio distrital como su sitio de residencia permanente.

En consonancia con lo anterior, durante el período 2019 a 2022, se identificó un comportamiento descendente en la natalidad, que a su vez presentó un mayor número de nacidos de sexo femenino que masculino. En lo relacionado con fecundidad, se pudo resaltar que las tasas generales descienden de manera inversamente proporcional a la edad en todos los años analizados. No obstante, se observa que para el 2020, las mayores tasas se ubicaron entre los 30 y 34 años, mientras que en el 2021 se ubicaron entre los 35 y 39 años.

Ahora bien, la dinámica migratoria Raizal es diversa, pues se observan patrones migratorios tanto nacionales como internacionales, aunque priman los Raizales provenientes de San Andrés, Providencia, Bolívar y Cundinamarca. Una pequeña fracción de la comunidad se reconoce como víctima del conflicto armado, equivalente solo al 0,5 % (n= 10), con mayor representación del grupo femenino.

En lo referente a aseguramiento, se evidenció que el 99,4 % de la población se encuentra afiliada al sistema de salud, con una alta proporción de raizales pertenecientes al régimen contributivo, seguido por aquellos pertenecientes al régimen subsidiado y un reducido número vinculados al régimen de excepción. La población Raizal no asegurada es mínima. Se considera que la cobertura en salud ha aumentado de manera significativa, aunque al momento del presente análisis se registró un bajo número de población no asegurada. En lo referente a la afiliación en las diferentes EAPB, se estableció que aquellas que brindan los beneficios de alojamiento, traslado y alimentación para el paciente y un acompañante siguen siendo las preferidas por los raizales dentro y fuera del territorio insular.

Finalmente, se encontraron raizales residentes en Bogotá con discapacidades entre el espectro de compromiso de órganos sensoriales hasta alteraciones congénitas cromosómicas, en su mayoría adolescentes y adultos, siendo esta población de suma importancia a nivel de cubrimiento en salud y garantía de bienestar físico y mental.

2. Condiciones socioculturales del pueblo raizal



El presente capítulo busca profundizar en el espectro sociocultural que envuelve a los raizales en su interacción con el maritorio del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y el territorio de la ciudad de Bogotá. Entre los campos de indagación se encuentran los vectores sociales de la 'Raizalidad' en términos normativos, identitarios y culturales, así como las particularidades que componen las geografías que envuelven el fenómeno migratorio y su respectiva consecuencia en las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de este pueblo étnico. Así mismo, se evidencian experiencias vitales de los residentes raizales, algunas dificultades existentes para acceder a información sobre la población en cuestión, las tensiones que configuran su visión de mundo y los factores estructurales que han generado la concentración poblacional de este grupo étnico en el distrito.

Como preámbulo al capítulo se señala que, aunque la ancestralidad identitaria Raizal está vinculada con el archipiélago, el fenómeno migratorio ha derivado en que varios raizales hayan nacido en zonas continentales del país, entre ellas, la ciudad de Bogotá. Por tanto, el documento tendrá un análisis de perspectiva multilocal, que tenga en cuenta tanto el territorio de origen, como las trayectorias migratorias de las personas que habitan en el distrito, mencionadas previamente.

2.1 Antecedentes del movimiento social Raizal y normatividad para los raizales residentes en el distrito



La historia de la lucha Raizal por la adquisición de escenarios participativos y políticos en la sociedad nacional colombiana ha sido ardua. La percepción del pueblo Raizal como étnico y diferente a las sociedades continentales, ha sido posible gracias a los movimientos sociales que posicionaron en el Estado la discusión sobre la invisibilización histórica de este pueblo. La Constitución Política de 1991 fue un precedente fundamental que representó una esperanza sólida como mecanismo normativo que reconocía la existencia de la Raizalidad y disponía acciones futuras para la pervivencia cultural, autodeterminación y soberanía del pueblo. Sin embargo, las tensiones existentes al final de la década de los noventa por la deficiente gestión de recursos normativos, institucionales y económicos, deriva en un avivamiento de los movimientos sociales raizales, quienes estaban inconformes con las acciones dispuestas por los gobiernos ejecutores de la carta magna.

Así pues, nace AMEN SD (Archipiélago Movement for Ethnic Natives Self Determination) quienes, desde su fundación en 1999, han promovido la lucha contra el etnocidio sistemático, la gentrificación producida a partir de la declaración de Puerto Libre del archipiélago debido a la sanción de la Ley 127 de 1959, que desplazó económicamente y de forma forzosa a raizales nativos en la isla, entre otros tópicos. Algunas tendencias dentro del movimiento enfatizan en las dinámicas racistas ejercidas por la institucionalidad con la población Raizal, llegando a adoptar incluso posturas separatistas frente al Estado-nación fundamentalmente mestizo (17).

Fotografía 1. Encuentro participativo comunidad Raizal, Bogotá (2023)

Las dificultades expresadas en la relación entre lo continental e insular han sido un vector primario para entender que los derechos adquiridos por el pueblo Raizal son producto de un ejercicio histórico de lucha, marcado por la discriminación y la carencia de información e interés por parte del Estado y su sociedad civil de comprender la singularidad de la Raizalidad y su distinción de histórica de otros grupos étnicos.



Fuente: Propia- Equipo ACCVSyE Diferencial Raizal

El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia, potencia mundial de la vida” consagra, en su Parágrafo Primero, la necesidad de que el gobierno nacional garantice la inclusión e implementación interseccional desde el enfoque diferencial de los pueblos étnicos, incluido el Raizal, haciéndoles partícipes de las transformaciones estructurales y específicas que se buscan desarrollar en el país. El Artículo 348 del PND, reconoce la necesidad de una política pública para la erradicación del racismo y la discriminación racial, enfocado especialmente en las comunidades NARP y el pueblo Raizal. Esto reconoce la necesidad histórica de encaminar recursos para erradicar prácticas etnocidas y violentas contra los raizales, haciendo hincapié en la necesidad de visibilizarles como constructores y parte fundamental del Estado-nación.

Así mismo, el Artículo 353 dispone la generación de partidas presupuestales para el cumplimiento de los acuerdos con diversos pueblos, entre ellos el Raizal. Por lo tanto, se disponen carteras de ejecución por entidades estatales y distritales, teniendo en cuenta el Plan Integral de Acciones Afirmativas para el pueblo Raizal en Bogotá (PIAAR), entre otros escenarios de proyección. (18)

A nivel continental, desde el surgimiento de ORFA en el año 2004, el movimiento social del pueblo Raizal se fortaleció y derivó en una serie de demandas a entidades distritales y estatales, las cuales buscaban garantizar los derechos de las personas del pueblo étnico, tanto en las zonas continentales como insulares. Gracias a esfuerzos mancomunados entre diversas apuestas organizativas se lograron algunas disposiciones que actualmente direccionan los mecanismos de participación y ejecución para los raizales que habitan en la capital. Respecto a la normatividad expedida para la incorporación en política pública del pueblo Raizal el antecedente más completo e importante es el del Decreto 554 de 2011 expedido el 7 de diciembre de ese año, “por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la garantía,

la protección y el restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá y se dictan otras disposiciones". (19)

La normatividad anteriormente enunciada, estipulaba la concentración de los esfuerzos en cinco ejes fundamentales: protección y desarrollo integral, inclusión y no discriminación, salud, educación y cultura e identidad. Cada una de estas líneas de trabajo, debía traducirse en acciones concretas que tuviesen como foco el mejoramiento de los canales de acceso a derechos y al reconocimiento del enfoque diferencial, orientando todas las proyecciones a la visibilización y movilidad social de los raizales migrantes o nacidos en la ciudad de Bogotá.

El PIAAR fue uno de los mayores logros consignados en el Decreto 554 de 2011; en donde se señala que aquel:

debe ir en la vía de eliminar las inequidades o desigualdades o barreras de acceso para el Pueblo Raizal que resulten de la línea de base que se construya a partir de la evaluación. Éstos se fundamentarán en Acciones Afirmativas construidas y concertadas con el Pueblo Raizal y deben contar para su desarrollo con metas que especifiquen claramente la temporalidad, la magnitud, la territorialización, el proceso y el presupuesto estimado con sus respectivos indicadores (19)

Respecto a la salud, el Decreto 554 de 2011 resalta que debe realizarse un diseño e implementación de la política pública intercultural de salud y en los planes, programas y proyectos que se desarrollen en el distrito, con enfoque diferencial. La interpretación de la norma se ha fortalecido con los años abriendo la posibilidad de que emerjan múltiples referentes en salud, quienes se han encargado de nutrir las demandas del pueblo Raizal en el tema. Lo previo, como parte de la implementación de la Política Pública (PP) y el diseño de líneas de trabajo dispuestas por las Iniciativas raizales en Salud, con proyección del 2014 al 2018. El presente ACCVSyE Raizal y la configuración del Centro de Escucha Raizal, quienes desde el 2019 se encuentran en labor, hacen parte de los mecanismos que se han activado en función de garantizar el acceso al derecho a la salud y generar análisis constantes de las brechas y barreras de igualdad que enfrentan los raizales, para así proponer mejores PP que impacten al Raizal y mejoren su calidad de vida (19).

2.2 Concepción de la Raizalidad, una mirada desde los raizales residentes en Bogotá



La 'Raizalidad' está compuesta por múltiples factores que son reconocidos por las personas de la isla como particulares y diferentes a los de la sociedad nacional. Entre ellos se encuentra su relación con el mar, su historia atravesada por la diáspora y la transculturalidad experimentada por la confluencia de diferentes culturas, la religión y el arte. Además de estas características, históricamente relacionadas con diferentes identidades étnicas, también está la lucha social como parte identitaria. Los raizales entrevistadas para la formulación del presente ACCVSyE, suelen situar la defensa de los derechos de su pueblo como parte esencial de la forma en la que se perciben a sí mismos.

Fotografía 2. Ejercicio de cartografía social población Raizal (2023)

La desterritorialización o desmaritorialización y construcción de identidad en el espectro geográfico continental, ha implicado preguntas viscerales sobre lo que significa ser Raizal. Entre ellas, se encuentra la distinción entre la figura de los isleños y la de los raizales. Los primeros se comprenden como personas nacidas o criadas en la isla, sin linaje raizal. La declaración de Puerto Libre en 1959 dio lugar a un complejo fenómeno migratorio en la isla asociado a tres factores: la gentrificación, la sobrepoblación y la migración forzosa. Esto ha desplazado sistemáticamente a los raizales de su lugar de origen, marginalizándolas en



Fuente: Propia- Equipo ACCVSyE Diferencial Raizal (2023)

el maritorio y obligándolos a desplazarse a otras zonas del país y fuera de él. Por tanto, en el siglo XX surge la necesidad de entender la diferencia entre 'pañás' (o exógenos a la ancestría de la isla) y aquellos con linaje raizal. Esto no reduce la comprensión del significado de la Raizalidad a la isla, permite entender el contexto de discriminación como un factor que ha obligado históricamente al raizal a irse del maritorio. Esta es la principal razón por la que el linaje es el centro del reconocimiento de la etnia, como se enunció en el apartado anterior. (20)

Si bien existe la claridad del linaje como centro de la apuesta identitaria, esta implica una serie de debates respecto a lo que significa pertenecer al pueblo étnico, razón por la que, algunos raizales que no nacen en el maritorio llegan a reconocerse como tal hasta sus veinte o treinta años:

Yo vine a reconocirme como raizal en la pandemia, imagínate. Fue gracias a ORFA y a la captación para la base de datos que me explicaron que era por linaje. Yo siempre he tenido un contacto amplio con la isla, por mi papá y mi mamá, pero como no había nacido allá y como mi arraigo está acá, pensaba que yo no era raizal. Después entendí que sí soy y desde entonces, he luchado por nuestros derechos y porque tengamos espacios de reconocimiento y encuentro, donde más raizales como yo, sepan y entiendan que lo son, aunque hayan nacido en el interior ⁹

Lo mencionado plantea una concepción diversa de lo que implica pertenecer y también genera debates constantes, personales y colectivos sobre el reconocimiento. Los espacios de reflexión no faltan y aunque existen diversas posturas frente al problema, prima la sangre como factor de decisión para entender lo raizal. Por supuesto, este elemento no deja de lado otros factores como el territorio de origen y el horizonte colectivo y político común:

9. Entrevista semiestructurada. 2021. junio 7.

“Para mí la raizalidad es la naturaleza, el ser humano reconociendo su lugar de nacimiento, sus ancestros y su linaje. Vivo mi raizalidad entendiendo la responsabilidad que tenemos con el territorio raizal, lo maritorial, donde sea que nos situemos”¹⁰

La lucha por tener un maritorio en el que las posibilidades abunden y no sean el privilegio de unos pocos sigue estando como faro de la acción individual y colectiva de los raizales. La historia política de la diáspora, la movilización forzosa, el racismo y la discriminación estatal en el archipiélago, consume gran parte de la energía social para pensar la identidad. Si bien la identidad es móvil y está viva porque se transforma, estos cambios se dan de forma desigual y parten de la inequidad ineludible que históricamente ha llevado a migrar al isleño Raizal.

Los ejercicios colectivos de recolección de información con residentes raizales en Bogotá demostraron que la viabilidad de mantener contacto con las prácticas regulares del archipiélago es casi nula y se reduce a unos pocos aspectos. Si bien, como se enunció, no se desea comprender la Raizalidad desde la perspectiva de una etnicidad estática, es evidente que la falta de garantías para permanecer en su maritorio genera un desarraigo que influye en el libre ejercicio de la identidad Raizal y su respectivo sostenimiento y transmisión en lugares como el distrito. El hecho de trasladarse a una zona tan distante del territorio de origen por razones forzosas hace que gran parte de la población no sienta a Bogotá como un territorio propio, por lo que sueñan por volver al archipiélago. Esto tiene efectos psicosociales nocivos y la sensación constante de incomodidad con la capital, sensación que deriva en problemas de salud mental, económicos, entre otros.

2.3 El Mar y su importancia ontoepistémica



El archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina junto con su geografía marítima, componen lo que el literato y académico Raizal Lenito Robinson, comprendió en su momento como maritorio. Este concepto, habla de la forma estrecha en que las sociedades insulares se relacionan con el mar, creando escenarios de sentido moral, social, de orden simbólico y material. Estos escenarios han configurado históricamente las formas ontoepistemológicas de los raizales, las cuales se encuentran relacionadas con la experiencia de ser-estar en el mar, navegar sus aguas, pescar en ellas, comerciar en ella, sanarse y bendecirse en las mismas.

La relevancia del maritorio desde la nisología, entendida como la rama investigativa que se dedica al estudio de las islas, nace de la importancia de comprender las formas de interacción entre el mar y la tierra, como elementos que configuran dinámicas de interacción radicalmente diferentes a las que se construyen en las zonas continentales. La forma en la que se manifiesta esa diferencia en la experimentación de la realidad Raizal, deriva en un impacto en los migrantes. La mayoría resalta una ligazón profunda con el mar, que no se limita al territorio continental cuando migran a este, sino que compone gran parte de sus pensamientos, anhelos y luchas personales:

No hay una relación social de vecindad con el entorno, nuestro castellano no era común y todos esos elementos chocan cuando uno llega a una parte como Bogotá; yo llevo muchos años acá,

10. Entrevista semiestructurada. 2023. junio 14.

*pero mi relación es con el territorio es con el territorio raizal, con el maritorio raizal. Yo contribuyo a la construcción de esta ciudad, me sirvo de ella, pero mi pensamiento sigue estando en el archipiélago.*¹¹

Así pues, el maritorio es un concepto cuya construcción trae a la luz una apuesta contrahegemónica que proponen los pueblos del Caribe contra el ánimo homogeneizador; una episteme en la que no se toma al ser humano como centro del universo, se abandona la imposición y la homogeneización y, como las mareas, que se suceden una tras otras, no se da más importancia a una ola sobre otra, cada una aporta a ese gran tejido construido por diversos hilos, de diversos ancestros y conciencias históricas, que encuentran como gran comunicador el mar (20).

Aunado a lo anterior, el mar como ente vivo, tiene para las raizales características propias que van desde la sanación física hasta la sanación espiritual. Por ejemplo, se enuncia que sumergirse en él, habitarlo, puede ayudar a sanar patologías de carácter respiratorio e inflamatorio. De la misma forma, es en el mar donde algunas de las dolencias espirituales pueden fluir, de forma tal, que alivien al sujeto que las experimenta. Otra costumbre que devela la ligazón social de la Raizalidad con el maritorio, es el hecho de que los bautismos se han realizado históricamente en él, siendo así el lugar donde la espiritualidad cristiana encuentra el refugio para abrirse como camino de vida, siguiendo la tradición bíblica que dice que este acto debe realizarse en el río o en agua que fluye para que la corriente se lleve los pecados. Esta práctica se ha transmitido de generación en generación en la iglesia bautista Misión Cristiana y Adventista del Séptimo Día que está presente en las islas y hoy, también la siguen otras iglesias de formaciones más recientes.

Así mismo, como ente vivo, otra de las particularidades del mar es el poder de amonestar a los tripulantes y navegantes. Esta voluntad se expresa con malas condiciones climáticas para la embarcación, mareas altas o inestables, tormentas, entre otros. Sin embargo, también tiene la posibilidad de favorecer, alejando los males o las catástrofes. Si las, o la persona afectada, lo cruza en su parte más profunda, al llegar a su destino la maleficencia habrá quedado superada (13)

Por otro lado, el mar es un espacio recreativo y educativo en el cual, desde su infancia los raizales encuentran la posibilidad de formar cuerpos fuertes y sabios, así como capacidades kinésicas, proxémicas y efectivas para desplazarse en el maritorio. A través de juegos como las carreras realizadas con los *Cotton Boats*, los niños exploran formas de movimiento, efectividad de desplazamiento en el mar, entre otros factores. Esto se relaciona con las dinámicas sociales que se establecieron con la partida y llegada de navegantes, comerciantes y corsarios del archipiélago que tenían contacto constante con el mismo.

Igualmente, es el maritorio en el que se han desarrollado las principales actividades económicas que sostienen la isla. Entre ellas, la pesca, la navegación, el turismo y el comercio. Es gracias a la particularidad geográfica que representa el concepto de maritorio, que se han gestado las principales características socioculturales de la isla, entendidas a partir del flujo, la diáspora, la migración y la transculturalidad histórica propia de las diferentes sociedades que interactúan allí.

Cabe la pena resaltar que este tópico suele ser uno de los elementos a los que las personas raizales que viven en el territorio de Bogotá añoran más. Muchas de las personas que nacen

11. Entrevista semiestructurada. 2023. junio 20.

en la isla, enuncian sus memorias en el mar como una fuente emocional vital y la dificultad que supone adaptarse a un territorio sin maritorio. En el estudio cualitativo realizado, se pudo sopesar que ese extrañamiento del mar ha tenido en los migrantes efectos psicosociales de gran envergadura. La sensación constante de añoranza, los cambios corporales que han experimentado en la ausencia de esa relación cotidiana con las aguas del archipiélago, son retos constantes para las personas migrantes.

Algunos de los problemas físicos y emocionales a los que se enfrentan las personas provenientes del archipiélago se encuentran el siguiente fragmento de entrevista:

*A mí me costó mucho la ciudad, desplazarse por horas para llegar a un lugar, no tener el mar cerca, no poder bañarme en él, cuando tengo problemas de gripa o respiratorios no poder sumergirme en él. Moverse en el archipiélago es fácil, aquí la vida va demasiado rápido, me hace falta la pausa. El frío también me dio muy duro, me enfermé mucho al principio, cada vez que viajo y vuelvo acá, me da duro, uno se deprime No sé si sea el frío y la falta de mar, pero yo siento que sí.*¹²

Frente a esta añoranza y creencia en el mar como ente sanador, algunos incluso embotellan el agua de mar y lo traen a la ciudad. Uno de los usos que se pudo captar es para el tratamiento de dolencias en la garganta. Se tiene conocimiento de que existen más usos, por ejemplo, para el baño corporal o como reserva para alguna eventualidad.

Sin duda, la transformación que supone para los cuerpos y mentes el hecho de no estar en un lugar de carácter maritorial, precisa comprender de forma más amplia cuáles son las consecuencias en términos de salud para las personas migrantes al continente. La construcción de sistemas y entramados relacionados con el buen vivir, suponen un cambio radical cuando se abandonan las fuentes de agua salada y se terminan radicando en un territorio en el cual el acceso a los sistemas acuíferos en la cotidianidad es casi una posibilidad nula para el habitante promedio de Bogotá. Respecto a estas dificultades, se ahondará sobre ellas en el capítulo de concepciones y prácticas propias en salud raizal.

2.4 Lengua propia



Se debe resaltar que, en su mayoría, el pueblo Raizal es políglota. Por el contexto geohistórico del archipiélago, las personas nacidas allí suelen tener desde temprana edad contacto con idiomas como el inglés, el español, eventualmente el francés y su lengua nativa, el Kriol. Este último, fue estigmatizado históricamente por tener sus raíces en un dialecto esclavo y considerarse un “Broken English”.

Los testimonios recolectados al respecto, para la elaboración del presente ACCVSyE, evocan la persecución histórica que se vivió en el archipiélago para poder hablarlo e institucionalizarlo en el ambiente educativo y corporativo de la región. Para la muestra, se puede rastrear un antecedente en La ley 52 de 1912 que señalaba en el Artículo 13 que, “Tan pronto como entre la Ley

12. Entrevista semiestructurada. 2021. junio 11.

en vigencia, el Gobierno se entenderá con la autoridad eclesiástica para enviar a la Intendencia una Misión Católica, a cuyo cargo podrá poner las escuelas públicas". (21)

Esta educación sería impartida por los capuchinos y buscaba fortalecer los procesos de evangelización llevados anteriormente en la zona del maritorio. Entre las disposiciones que tuvieron vigencia simbólica y material por décadas, estaba la prohibición de hablar la lengua Kriol en los espacios educativos. En varios relatos recogidos tanto en fuentes secundarias, como en fuentes primarias, los raizales relatan la aversión al Kriol que sentían las personas mestizas que habitaban la zona insular. Debido a ello, perduró por años un estigma social al respecto, que derivó para muchas unidades familiares en la negación de la ancestralidad lingüística Raizal. Como principal consecuencia el inglés isabelino y el español, eran entendidos como lenguas válidas "dignas de ser habladas". Hay personas que ofrecieron sus historias para el presente ACCVSyE y reiteran la herida colonial que vivieron por el hecho de querer comunicarse en su lengua materna.

Teniendo en cuenta el contexto anterior, es de enorme importancia mencionar que el Kriol se ha vuelto, en sí mismo, un bastión de lucha contrahegemónico que reivindica el saber Raizal y la lengua como campo epistémico. A partir de la práctica de la lengua, su comunidad de hablantes ha tejido una red sólida para construir territorio en la ciudad de Bogotá. Encontrarse con otras personas que pueden conversar en lengua nativa ha posibilitado mantener los horizontes de sentido del maritorio, la relación de pertenencia con el archipiélago y la generación de lazos interpersonales duraderos. Este último elemento ha sido muy importante para las personas de la comunidad raizal residentes en el distrito, ya que varias personas manifiestan la frontera lingüística que tienen con los hablantes continentales del español, quienes muchas veces les han hecho sentir que su lengua no es más que un montón de sonidos sin sentido.

Esto sin duda es una muestra de racismo, que trasciende a otros contextos. Por ejemplo, en lugares de trabajo, asistencia médica o educación en la ciudad de Bogotá, algunos entrevistados manifestaron que se les había negado el derecho a hablar su lengua. Manifiestan que la razón por la que algunas personas les increparon fue por el prejuicio de pensar que estaban conspirando contra ellos. El hecho de no entender el Kriol ha derivado en actos de discriminación sistemáticos a sus hablantes.

Los relatos múltiples recolectados para esta investigación coincidían en las dinámicas coercitivas ejecutadas desde la institución educativa, en relación con la institución religiosa. Uno de estos señala textualmente lo siguiente: "Los capuchinos y las maestras no nos permitían hablar el Kriol, tampoco tener nuestro pelo afro natural, siempre estaban pendientes de educarnos como no raizales... Eso era muy doloroso en las escuelas religiosas, yo pude tener mi pelo afro hasta que salí a mis 16 años".¹³

Actualmente ORFA, se encuentra llevando a cabo una serie de estrategias comunicativas y pedagógicas que parten de la importancia de la lengua para que perviva la cultural. El propósito es hacer crecer la comunidad de hablantes, lectores y escritores del Kriol, para que este continúe siendo un elemento vivo de la Raizalidad. Esto, aun cuando las personas de la etnia no permanezcan en el maritorio o no hayan nacido en él.

13. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Junio 17

2.5 Ley de origen y religión



La espiritualidad como la creencia generalizada en un ente superior, ha marcado profundamente la Raizalidad desde sus orígenes. En el archipiélago se suele tener una fuerte raigambre en las tradiciones monoteístas, abrahámicas o cristianas. La mayoría de la población en cuestión suele adscribirse a las corrientes adventistas y bautistas como lo enuncia el siguiente apartado:

Todas las iglesias, pero en especial la bautista, constituyen [una] pieza fundamental en el desarrollo sociocultural del Archipiélago. Por ello resulta inevitable abordar el tema de la religión cuando se habla del isleño. La iglesia, en general ha sido instancia fundamental, y ha dejado huellas imborrables en su vida de manera que después de cuatro siglos, y a pesar de los naturales cambios que impone el modernismo, es posible hallar manifestaciones similares a las que narraría un historiador al referirse a aquella agrupación religiosa inglesa. (22).

La relación del Raizal con la religiosidad suele ser ineludible. Muchos de los mandatos bíblicos suelen dictaminar las formas éticas y morales en las que los individuos viven su cotidianidad y ejercen control social, entendiendo así, el nuevo testamento como su ley de origen. En Bogotá, la Iglesia Bautista Central, ubicada en la kr 7 31ª 78, suele ser un epicentro de reunión donde las personas acostumbra a realizar sus prácticas religiosas. Muchas de las personas asistentes, no necesariamente son bautistas, pero a través del culto que allí se realiza, conservan algunas de sus prácticas espirituales monoteístas. Por ejemplo, algunos de los individuos católicos entrevistados, señalan que encuentran en la iglesia bautista la posibilidad de mantener la conexión espiritual con Dios de una forma más cercana a la que solían tener en la isla. Esto, debido a que no necesariamente se sienten acogidas en los escenarios eclesiásticos de carácter católico que ofrece la ciudad. Lo anterior, se debe a que la Iglesia Bautista Central representa no solo el ejercicio activo de la práctica religiosa, sino que también se convierte en un lugar de reunión y contacto con las personas de la etnia. Otro de los puntos de encuentro y desarrollo de su espiritualidad es la iglesia evangélica Bethel, ubicada en la carrera 73 a 77a – 92.

Según el documento de reformulación de política pública Raizal para el distrito, publicado en el presente año, los raizales siguen manteniendo sus creencias monoteístas, las cuales están distribuidas de la siguiente forma (23)

- Bautistas: 25 %
- No practica una religión: 11 %
- Misión Cristiana: 6,5 %
- No sabe o no desea responder: 4 %
- Evangélica: 1,5 %
- Cristiana: 1,25 %
- Adventista: 1 %
- Mormona: 0,5 %
- Pentecostal: 0,5 %

Las diferencias entre las posturas religiosas suelen basarse en la interpretación del texto bíblico y la forma de institucionalización de la creencia religiosa. Por ejemplo, los adventistas interpretan

el libro sagrado como la expresión literal de la voluntad de Dios, basándose principalmente en el antiguo testamento. Otro factor, es que mientras que las posturas católicas reivindican la iglesia o la figura del cura como representante de Dios en la tierra, teniendo en cuenta la salvación como producto de la fe y la práctica de los ritos y obras, posturas como la bautista le dan prevalencia a la fe individual como factor prevalente del acceso a lo divino. La relación con las figuras como la virgen también suelen disentir en el caso de los cristianos, no desde el reconocimiento de su existencia histórica, sino desde su percepción como ente divino.

Finalmente, también se exalta que, aunque existan diferencias históricas en las vertientes del ejercicio espiritual, estas han perdido radicalidad y hoy emergen como un punto de encuentro entre raizales. La transculturalidad, la diáspora y la migración, han derivado en el fortalecimiento de la religión como un ejercicio de carácter colectivo pero que también puede sostenerse en la individualidad. La transformación en las formas de entender a Dios ha sido vital, especialmente para las personas jóvenes que habitan la ciudad, abriendo camino a reflexiones personales sobre la creencia, y su posición frente a la misma, en relación con el archipiélago.

2.6 Dinámicas organizativas y políticas del Pueblo Raizal en Bogotá



En el año 2004, un grupo de raizales residentes en Bogotá retomaron la idea de reunir al pueblo residente en la ciudad de Bogotá. Esta organización tenía como objetivo captar a su población étnica, para la generación de proyectos políticos, sociales y educativos que fortalecieran el tejido social, así como para mejorar las condiciones de los residentes.

Fotografía 3. Encuentro de referentes raizales en el distrito (2023)

ORFA está registrada y consignada en la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y Justicia, bajo la resolución No. 0041 del 12 de junio del 2007. Con 19 años de proceso organizativo participativo, han logrado la construcción de la identidad e historia que actualmente, sigue en el proceso de ser conocida y reconocida por los diferentes escenarios distritales, sus respectivas secretarías y entes de control.

La reflexión de los integrantes de ORFA, señala a la organización como un espa-



Fuente: Propia- Equipo ACCVSyE Diferencial Raizal

cio de juntanza y tejido social, comprendiendo la diferencia como un motor de cambio y no de desencuentro. Por tanto, se han esforzado por expandir y socializar nuevas formas de identidad, que tengan en cuenta la diáspora y la movilidad humana. Es a partir de esto, que existe una demanda constante por incluir en los escenarios participativos y políticos a las personas raizales nacidas o criadas por fuera del archipiélago. Esto, recordando que el punto de partida de la etnia Raizal es el linaje. A diferencia de otros procesos organizativos, ORFA reivindica que, aunque el autorreconocimiento es fundamental, este no debe ser un rasero para medir la Raizalidad, entendiendo que muchas de las formas de identificación y desidentificación, parten de las formas neocoloniales en las que se ha entendido la diferencia. Esto refiere a que, quien es Raizal, lo es por consanguinidad, ya que el territorio de origen no es donde se nace, sino de donde proviene la ancestría.

Sin duda, ORFA, sus integrantes, líderes y creadores, han puesto a la Raizalidad en el plató público del reconocimiento. La producción constante de bases de registro, captación de raizales, divulgación académica, científica y política, han representado un lugar seguro para la etnia. La veeduría constante de las acciones afirmativas para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de los raizales es vital para las personas entrevistadas. Varias enuncian que es gracias a la organización que han logrado vincularse de manera exitosa a escenarios educativos, políticos y de disfrute, que no solo han mejorado su nivel socioeconómico, sino sus relaciones interpersonales y salud mental. Este no es un asunto menor si se tiene en cuenta el carácter de la organización y cómo ha logrado cumplir a cabalidad con su objetivo inicial: vincular en un contexto donde muchos se sienten desarraigados del origen.

También es primordial comprender que ORFA, a partir de sus alianzas estratégicas, ha construido una red de lugares que las personas raizales identifican como seguros y viables para el ejercicio de actividades deportivas, artísticas, recreativas, entre otras; destacan Teusaquillo y Chapinero como localidades centrales para la participación. La red de bibliotecas públicas de la ciudad, así como los parques y casas de la participación de ambas localidades, han permitido la convocatoria y reunión de personas raizales ajenas a los procesos políticos de la ciudad; esto ha posibilitado su vinculación activa a proyectos para el mejoramiento de su calidad de vida, el fortalecimiento y creación de redes de apoyo, entre otros. La totalidad de las personas participantes en esta investigación, reconocen que su vinculación activa a los procesos de la organización los ha llevado a conocerse con pares étnicos y enfrentar con más facilidad posibles eventos de discriminación, lo que enuncian como pérdida cultural o desvinculación del maritorio. Una de las personas entrevistadas señaló al respecto:

ORFA le permitió a muchos raizales reconocer su diferencia, sentirla y reivindicarla, hacerles entender su diferencia con la sociedad nacional y la posibilidad de acceder a derechos que en la isla y fuera de ella no tienen por el empobrecimiento y deuda histórica que el Estado tiene con nosotros. Además, nos ha permitido reunirnos, conocer otros raizales aquí, acompañarnos en el duro proceso de adaptarnos. Aquí seguimos luchando.¹⁴

Así pues, para las personas nacidas en Bogotá y participantes de la investigación, ORFA supone el acercamiento a diversas formas de ancestría e incluso a la recuperación de sus redes de parentesco distantes. Entre algunas cosas que enuncian, se encuentra el hecho de que muchos se han acercado al Kriol, llegando en algunos casos, a entenderlo y practicarlo, sintiendo así, que

14 Entrevista semiestructurada. 2023. junio 14.

han restaurado una parte vital de su identidad. De la misma forma, sienten que a partir de su presencia en los espacios participativos se han hecho preguntas complejas sobre su forma de habitar el mundo, ejecutando prácticas y reflexiones que evocan su origen sin perder de vista, las transformaciones que supone su presente y su conexión con su lugar continental de nacimiento.

Frente a esto, se debe resaltar la realización de dos ejercicios de cartografía social, que se usaron para la construcción colectiva de mapas y referentes geográficos, que reflejaran las experiencias y nociones vitales, comunitarias e individuales de las personas. En consonancia, se elaboraron mapas que tuvieron como foco las prácticas y nociones territoriales de lo Raizal, en el diálogo constante entre lo insular y lo continental. Así, se trazaron desde la cartografía popular las trayectorias migratorias de los y las participantes, así como los espacios representativos individuales y colectivos de los raizales en el territorio de Bogotá.

Como conclusión, se evidenció que la mayoría de los participantes nació en el archipiélago, migrando directamente a Bogotá, y generando así formas de territorialización desligadas de las formas de maritorialización anteriormente descritas. Esto quiere decir que la forma de reterritorialización generada está más vinculada a sus intereses prácticos, laborales, educativos y participativos que a construcciones simbólicas de arraigo con el área distrital. Frente a aquellos que no nacieron en la isla y son nativos de la geografía continental, priman las figuras territoriales de pertenencia. Esto implica que su arraigo no es predominantemente maritorial, ya que se gesta desde el inicio de su vida en los paisajes del altiplano. Sin embargo, comparten con las personas raizales nacidas en el archipiélago los sitios de reunión y disfrute. Esto se debe a la forma en la que ORFA ha tejido, a lo largo de los años, relaciones entre raizales isleños y raizales nacidos en el distrito.

El sentido participativo, político y vital hace que la congregación de la etnia suela ser permanente. Así pues, las reuniones para planeación de horizontes de mejora de las condiciones de vida, decantadas especialmente en Plan Integral de Acciones Afirmativas, suele configurar la periodicidad y capacidad de convocatoria que suele tener el pueblo. Aunque la dimensión política supone un vector fundamental para la reunión, también se promueven espacios de conmemoración de lo que es la existencia Raizal, la mayoría de ellos en consonancia con las costumbres históricas de origen isleño, generando así espacios seguros para la evocación del maritorio, la familiaridad, entre otros.

Teniendo en cuenta lo anterior, se adjunta el listado de principales referentes para la organización y sus respectivas dependencias:

Tabla 5. Referentes ORFA, Bogotá (2023)

Tipo de actor	Nombre	Localidad	Sector en el que se desempeña	Cargo que desempeña	Categoría de análisis
Intersectorial	Neygeth Romero Manuel	Teusaquillo	IDPAC - Gobierno	Gestora territorial Étnica	Salud (Morbilidad), Acceso a Servicios de Salud, Salud Mental y Territorio y Salud

Tipo de actor	Nombre	Localidad	Sector en el que se desempeña	Cargo que desempeña	Categoría de análisis
Intersectorial	Lizeth Jaramillo Davis	Usaquén	ORFA	Presidenta	Salud (Morbilidad), Acceso a Servicios de Salud, Salud Mental y Territorio y Salud
Intersectorial	Marcus Hooker Martínez	Teusaquillo	Secretaría Distrital de Gobierno	Profesional Territorial Raizal de la Subdirección de Asuntos Étnico	Acceso a Servicios de Salud
Intersectorial	Lineth Archbold Contreras	San Cristóbal	Secretaría de Educación del distrito	Apoyo Raizal	Acceso a Servicios de Salud
Intersectorial	Jamie Howard Bernal	Usaquén	Secretaría de Integración Social	Estrategia SAWABONA	Acceso a Servicios de Salud
Intersectorial	Tatiana Fajardo Taylor	Fontibón	Secretaría de Integración Social	Estrategia SAWABONA	Acceso a Servicios de Salud
Intersectorial	Ileen Archbold Martínez	Puente Aranda	Secretaría Distrital de Ambiente	Referente étnico Raizal	Salud (Morbilidad), Acceso a Servicios de Salud y Territorio y Salud
Intersectorial	Jennifer Livingston Arriaga	Teusaquillo	ORFA	Miembro del Consejo Directivo	Acceso a Servicios de Salud
Sectorial	Derwin Forbes Jay	Suba	Subred Norte ESE	Profesional Raizal	Salud (Morbilidad y Mortalidad), Acceso a Servicios de Salud, Salud Mental y Territorio y Salud
Sectorial	Profesionales de PSPIC Subred Norte, con experiencia en las temáticas objeto de análisis	Subred Norte	Subred Norte ESE	Profesionales de la Salud	Territorio y Salud
Comunitario	Sue Georgine Gordon Pomare	Barrios Unidos	EPS SURA CI 127	Medico	Acceso a Servicios de Salud
Comunitario	Vicente Robinson Davis	Usaquén	CARC (Corporaciones Autónomas Regionales)	Ingeniero Forestal	Acceso a Servicios de Salud, Salud Mental y Territorio y Salud
Comunitario	Ana Thyme de Oro	Kennedy	SENA	Docente	Salud Mental
Comunitario	Anónimo	Teusaquillo	Trabajadora autónoma	Trabajadora autónoma.	Salud (Mortalidad)
Comunitario	Lina Yennyfer Bejarano Newball	Kennedy	Gobierno	Contratista	Salud mental
Intersectorial	Angela Moreno	Chapinero	Secretaría Distrital de Gobierno	Profesional Raizal	Acceso a servicios

Tipo de actor	Nombre	Localidad	Sector en el que se desempeña	Cargo que desempeña	Categoría de análisis
Intersectorial	Jennifer Orozco Thyme	Kennedy	Secretaría de Integración Social	Agente étnico territorial	Acceso a servicios
Intersectorial	Milka Elaine Pedroza Jackson	Barrios unidos	Secretaría de la Mujer	Profesional Raizal	Acceso a servicios

Fuente: Elaboración propia, ACCVSyE Diferencial Raizal 2023

2.7 Espacios festivos



Los espacios festivos de los raizales en el distrito suelen vincularse con tres aspectos importantes: religión, emancipación y arte y gastronomía. Cada uno de estos elementos configura la forma en la que construyen territorio en la ciudad de Bogotá, reivindicando sus figuras maritoriales.

La Semana Raizal supone uno de los principales espacios de reunión de la etnia a nivel distrital y anual. En ella se debaten las agendas políticas del pueblo étnico, así como se comparte la gastronomía del maritorio y las expresiones danzarias y musicales anglo-afro-antillanas. La semana Raizal se nutre de la intención política de reunir propósitos espirituales, simbólicas y materiales. También se reivindican concepciones espirituales bautistas, católicas, protestantes o cristianas, tanto como la emancipación de la esclavitud, generada a partir de la campaña de *Philiph Beekman Livingston Jr*, recordando los orígenes diversos de la identidad Raizal y las luchas por las que pasaron para ser considerados un pueblo libre, autodeterminado, soberano y autónomo.

Fotografía 4. Espacio Raizal Fiar, Bogotá (2023)

El *Raizal Fiar miusik anh daanz*, ha sido un epicentro para compartir las gastronomías y artesanías de los raizales residentes en Bogotá. El espacio ofrece además una amplia muestra artística de los bailes de salón, y la música caribeña con influencias antillanas, que componen el espectro sociocultural Raizal del archipiélago. Aunado a lo anterior, se encuentra el ejercicio constante de volver a los juegos y cánticos insulares raizales, mediante los cuales diferentes personas en diversos cursos de vida pueden reunirse para evocar el pasado protestante, afro y anglo del archipiélago.

El gran evento de la semana de la emancipación, el cual tiene su lugar de celebración en la



Fuente: Propia- Equipo ACCVSyE Diferencial Raizal

ciudad de Bogotá, reivindica la fecha del 1 de agosto de 1834, en la cual se dispuso la emancipación de todos y cada uno de los esclavos. Este documento, titulado como Acta de abolición de la esclavitud del año 1833 (24), señalaba: “Después del primero de agosto de 1834, todos los esclavos de las colonias británicas deben ser emancipados y la esclavitud debe ser abolida, a través de las posesiones británicas en el extranjero”.

Alrededor de este suceso, se generan una serie de conmemoraciones respecto a la lucha por la abolición, personajes históricos que hicieron parte del proceso de levantamiento en la isla y las formas en las que la identidad Raizal se apropió de las luchas de sus ancestrías afrodescendientes. La danza, la música, la lengua, los juegos tradicionales y la historia hacen parte fundamental de la construcción de los eventos en torno a esta fecha.

2.8 Racialización y discriminación

Las dificultades de adaptación a la ciudad de Bogotá por parte de los raizales migrantes del archipiélago, quienes suponen la mayoría de la población Raizal que habita en Bogotá, se explican por diversas prácticas de discriminación. Las personas entrevistadas por cuyo fenotipo han sido racializadas, señalan cómo han experimentado dinámicas racistas de carácter directo e indirecto. Entre algunas de ellas, se enuncia el cuerpo negro como un cuerpo estigmatizado y en algunas ocasiones, sexualizado. Ambos elementos, identificados como formas de cosificación y violencia. Una de las entrevistadas exalta que ha optado por dejar de adjuntar su hoja de vida a los currículos laborales, como mecanismo de prevención antirracista. Así mismo, se ha evidenciado en los testimonios que no es un miedo poco común, al contrario, se vuelve una constante que enfrentan y ante la cual generan mecanismos de defensa: “Claro que yo he enfrentado discriminación, a mí me ha tocado pasar mi currículo sin foto para poder optar a los cargos; me exigen más que a otros aspirantes de mí misma profesión, además mi campo tiene muchas personas que se fijan en eso”¹⁵

El escenario laboral, como se evidenció anteriormente, representa un lugar de disputa generalizada. Los raizales enfrentan diariamente las consecuencias del empobrecimiento y las dinámicas institucionalizadas de desigualdad. Muchos identifican el esfuerzo inequitativo al que se han visto enfrentados en ciertas convocatorias laborales. Esto, especialmente en los escenarios donde no se les contrata por su condición étnica, es decir, por fuera de las acciones afirmativas.

En términos educativos se replica el desnivel, ya que los estudiantes de educación superior raizales, nacidos y criados en el archipiélago, que habitan en el distrito, sienten una dificultad enorme a la hora de apropiarse algunos de los conocimientos que imparte la educación escolarizada. El español como idioma oficial de los contenidos mencionados, representa un reto para quienes tienen como lengua materna el inglés o el Kriol. Por otro lado, el abandono histórico del fortalecimiento de la calidad educativa en el archipiélago ha generado un desbalance que los isleños identifican como una brecha con implicaciones en su autoestima, ampliando así su capacidad de adaptación a la ciudad e inserción regular a sus centros de estudio y ubicación la-

15. Entrevista semiestructurada. 2023. junio 21.

boral. Así mismo, han emergido relatos que se identifican como posibles hostigamientos o como mecanismos de desestimación, ejecutados por docentes y compañeros, debido a la pertenencia étnica de los estudiantes:

*La diferencia en educación es abismal, uno se siente bruto, hasta retrasado lo hacen sentir. A mí me tocó llegar a nivelarme y tener clases extras para estar al nivel de quienes viven acá. El Raizal tiene el problema de que está conceptualizando todo en tres idiomas, entonces a ti los docentes te explican y estás haciendo el esfuerzo cognitivo de conectar todo en un mismo lenguaje, cuando ya de por sí no tenemos la misma calidad educativa de otras ciudades*¹⁶

Otro factor que debe mencionarse es la desconfianza o reticencia que eventualmente se experimenta a la hora de relacionarse con personas mestizas en Bogotá. Muchas de las personas se encuentran predispuestas a la posible experimentación de violencias, lo que hace que construyan redes de solidaridad solo entre personas raizales, caribeñas e isleñas:

*Tantos años que llevo acá y aunque algunas cosas se han transformado, me siguen juzgando por mi forma de hablar, por el color de la piel. Muchas veces uno lo siente en la iglesia o cuando sale de e un evento a coger transporte, algunos de los jóvenes me decían, no Miss, no podemos hacernos cerca porque si ven a más de tres negros juntos no nos van a parar. Por eso la posibilidad de reunirnos entre raizales, es un respiro*¹⁷

Frente a las reflexiones históricas sobre el empobrecimiento y discriminación que han enfrentado por parte del Estado en el territorio, se tiene en cuenta que, aunque Bogotá significa para muchos un escenario de posibilidad y crecimiento educativo y laboral, es también un lugar al que se movilizan forzosamente. En una entrevista se señaló: "El crecimiento es exponencial en términos económicos, pero la mayoría añora volver al archipiélago". La gente se queda por trabajo, educación y atención médica, ¿cómo se puede permanecer en el territorio sin la garantía de todo eso?¹⁸

Por otro lado, la presión existente en los migrantes por generar las condiciones para el mejoramiento exponencial de sus condiciones de vida, se vuelve un factor de riesgo para la generación de patologías mentales por causa de los efectos del empobrecimiento. Lo anterior se debe no solo a la dificultad que enfrenta un migrante, muchas veces racializado, para hacer crecer sus capitales, sino que cohabita con algunos mecanismos coercitivos que dicen experimentar desde su círculo social isleño. En el desarrollo de la investigación, los participantes denunciaron la existencia de un subregistro en los índices de pobreza oculta que existe en la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá. Esto es producto de que las dinámicas sociales del archipiélago se enmarcan en las lógicas del silencio y la fuerza, interpretada como la capacidad de vivir la angustia en soledad y encontrar la solución a cualquier problema en la intimidad. Por esto, muchos raizales optan por alejarse de los círculos sociales isleños que existen en la ciudad, producto del temor que tienen de ser juzgados por sus carencias económicas o estilos de vida y que esta información no solo se comparta en la ciudad, sino que llegue a la isla.

Lo mismo pasa con el subregistro de información respecto a población LGBTIQ, la cual se encuentra invisibilizada en la mayoría de los registros existentes. Algunas personas que hacen

16. Entrevista semiestructurada. 2023. junio 4.

17. Entrevista semiestructurada. 2023. junio 14.

18. Entrevista semiestructurada. 2023. junio 10.

parte de la diversidad sexual y que pertenecen al pueblo Raizal de Bogotá no encuentran la forma de articular su identidad con sus acciones comunitarias. El espacio privado termina separándose de conversaciones y espacios de organización y participación Raizal. La identidad étnica, prácticas y nociones, muchas veces vinculadas a la religión, terminan sobreponiéndose al individuo, generando en algunos casos, ansiedad social al no poder cumplir con el ideal de sujeto moral, teniendo como consecuencia el desarrollo de depresión, aislamiento, entre otros. Este aspecto, se desarrollará con más profundidad en el capítulo cuatro.



Conclusiones

Respecto a los vectores sociales de la Raizalidad y su influencia en la salud del pueblo Raizal, se puede concluir que el vínculo es directo. La población conecta la garantía para ejercer sus prácticas culturales y su identidad étnica como un rasero para pensar en calidad de vida. Esto, no solo en términos de salud mental y lo que implica estar en entornos de cuidado que reivindiquen el reconocimiento de la diferencia, sino que las relaciones sociales que se tejen a partir de la red de raizales que se reivindican como tal proporcionan espacios de lucha social, que devienen en planeación estratégica. Lo anterior tiene como consecuencia que se planteen ciertas líneas de trabajo en ORFA que reivindican la justicia económica, social y cultural, entre las cuales se incluye la generación de acciones para que los raizales residentes en el distrito cuenten con una atención médica de calidad y que, de no hacerlo, puedan tener el respaldo de su pueblo para exigirla y garantizarla.

El libre ejercicio de practicar la lengua propia entre pares raizales, la reivindicación de las manifestaciones espirituales abrahámicas monoteístas, gastronómicas, danzarias, musicales y emancipatorias, generan la reconstrucción o evocación de figuras simbólicas maritoriales, a pesar de la territorialidad y distancia geográfica en la que se ubica la capital respecto del archipiélago. Esto reitera lo enunciado en el párrafo anterior y hace hincapié en que, si bien las dinámicas distritales tienen un impacto en ocasiones negativo para la salud mental y corporal de los raizales migrantes, son los espacios colectivos y las respectivas juntanzas que se dan en la capital las que permiten que los raizales encuentren formas de pervivencia ontoepistémica, espiritual y cultural, diluyendo la sensación de pérdida del territorio de origen y creando nuevas formas de entender la cultura, de forma tanto pública como privada. Se enunció en varios espacios participativos que, incluso, algunos raizales han encontrado en Bogotá y en ORFA la oportunidad de incorporar de forma más orgánica y vital la reflexión por su propia identidad, despertando el interés por recuperar prácticas provenientes de la ancestría.

Por otro lado, la salud mental en contextos urbanos entendida desde una perspectiva Raizal supone una veta investigativa sugerente en el futuro. Aunque el tema se abordará con más profundidad en el capítulo cuatro, factores como el impacto de una migración percibida como forzosa, la hipótesis cada vez más sólida de un índice de pobreza oculta dramático o los procesos de racialización que viven las personas con pertenencia étnica en la capital, suelen tener como consecuencia el recrudecimiento de patologías mentales y trastornos como la ansiedad y la depresión.

Aunado a esto, las dinámicas sociales insulares, marcadas por un fuerte silencio generalizado ante temas tabú como la salud mental, la carencia económica y la divergencia sexual y de género, hacen que exista un subregistro de información, lo cual imposibilita un análisis robusto para la generación de senderos de trabajo que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de los raizales en dichos aspectos. El estigma sobre los campos mencionados tiene como efecto la represión de acciones colectivas e individuales que prioricen rutas de atención para el impacto positivo a la población que se ve interpelada.

Finalmente, vale la pena resaltar que los tópicos actualmente abordados en el ACCVSYE Raizal sugieren campos de apertura a la reflexión, en particular sobre la incidencia que los factores socioculturales detentan directamente en la forma en la que se entiende y experimenta la salud y la enfermedad. Todos y cada uno de los temas enunciados anteriormente son elementos que ayudan a evaluar espectros en los que se puede fortalecer la acción distrital en términos de salud, entendiendo el enfoque diferencial no solo en términos de la Raizalidad como identidad étnica, sino también en términos de condiciones sociales, económicas y emocionales de la población.

Así mismo, se denota la necesidad de generar registros que tengan en cuenta vectores como la diversidad sexual, los trastornos mentales, la neurodivergencia, el género, las VBG, los índices de pobreza oculta, la estratificación, entre otros. Sin estos, se dificulta la evaluación de acciones en política pública que satisfagan la inclusión y captación de raizales que no suelen asistir a espacios participativos, pero que, sin embargo, deben ser recogidos en las acciones del distrito.



El siguiente análisis se llevó a cabo partiendo de fuentes oficiales suministradas por la SDS y la Subred Norte, en contraste con la información registrada en la base censal de ORFA con fecha de corte de mayo 1ro de 2023. A partir de las bases de datos, se establece un perfil de salud-enfermedad del pueblo Raizal, lo cual permite señalar la prevalencia de eventos de salud por condiciones específicas en grupos poblacionales. Esta caracterización actualiza los hallazgos identificados en el Análisis de Condiciones de Calidad de Vida Salud y Enfermedad (ACCVSyE) previo y fortalece la perspectiva crítica de interpretación de la información cuantitativa.

En el presente capítulo se realiza un análisis de la morbilidad y mortalidad de la población Raizal, residente en Bogotá. A partir de datos distritales obtenidos, se obtuvieron datos explicativos sobre la dinámica de morbimortalidad de los raizales al interior del territorio distrital. Lo anterior, tiene el propósito de generar información suficiente y de calidad para la formulación y ejecución de intervenciones a modo de Políticas Públicas de Salud, que incrementen el estado de bienestar a nivel individual y comunitario al interior de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá.

3.1 Análisis de la morbilidad



Para este análisis, se utilizaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) entre los años 2016 a 2020, y se realizó el respectivo cruce de información con el listado censal de ORFA con corte a mayo de 2023. A partir de este, se examinaron las atenciones discriminadas por sexo, tipo de atención (consulta externa, hospitalización, y urgencias¹⁹), momento de curso de vida, tipo de afiliación en salud y primeras causas de atención. Así mismo, se utilizó base del aplicativo Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, para el análisis de los principales eventos notificados a los sistemas de vigilancia en salud pública y la Base de Nacimientos obtenida del aplicativo RUAF ND.

La morbilidad se define como la cantidad de personas que tienen una enfermedad en un lugar y en un período de tiempo determinado en relación con el número total de la población" (25), es decir, que define el estado de salud de una población en un territorio determinado. Es un indicador estadístico útil, ya que apunta a los focos de requerimiento de acciones específicas en prevención y atención en salud, a la par que evidencia los procesos de evolución de las enfermedades. Es fundamental para la toma de decisiones en materia de salud pública.

3.1.1 Morbilidad atendida

Entre los años 2016 y 2020, se presentaron un total de 1.426²⁰ atenciones en los raizales residentes en la ciudad de Bogotá D. C. Hubo un aumento gradual en cada año analizado, siendo el año 2019 el período con mayor número de atenciones, pues representaron un 26,9 % (n=384), y se evidenció un descenso para el año 2020, con un peso porcentual del 20,8 % (n=296), factor que

19 No se incluyeron en el presente análisis los datos relacionados a procedimientos médico quirúrgicos.

20 El 3,5% de los registros no presentaron diagnóstico CIE10 por lo que no se tuvieron en cuenta en el presente análisis.

puede estar relacionado con el inicio de la pandemia por COVID-19 y la instauración consecuente de la cuarentena nacional.

A lo largo del período analizado, se identificó que las mujeres raizales consultan con mayor frecuencia a los servicios de salud, pues reportan el 51,9 % (n= 746) de las atenciones, mientras que los hombres representaron un 48,1 % (n= 692), esto indica que las mujeres consultan 1,07 veces más que los hombres de la comunidad. Este hallazgo está en línea con el comportamiento a nivel nacional y distrital: las mujeres consultan más que los hombres a los servicios de salud.

Tabla 6. Morbilidad atendida por tipo de atención, población Raizal Bogotá (2016-2020)

Sexo	Tipo de atención	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Mujeres	Consultas	63	77	139	192	181	652	88,3 %
	Hospitalizaciones	2	1	4	1	3	11	1,5 %
	Urgencias	10	14	29	10	12	75	10,2 %
	Total general	75	92	172	203	196	738	100,0 %
Hombres	Consultas	95	82	121	135	92	525	76,3 %
	Hospitalizaciones	9	8	10	19	5	51	7,4 %
	Urgencias	21	23	38	27	3	112	16,3 %
	Total general	125	113	169	181	100	688	100,0 %
Total	Consultas	158	159	260	327	273	1.177	82,5 %
	Hospitalizaciones	11	9	14	20	8	62	4,3 %
	Urgencias	31	37	67	37	15	187	13,1 %
	Total general	200	205	341	384	296	1.426	100,0 %

Fuente: Base Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del período comprendido entre el 2016 - 2020/SDS, Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

Por otra parte, se identificó que el servicio con mayor número de atenciones brindadas hace referencia a consulta externa con el 82,5 % (n=1177) del total de las asistencias médicas brindadas en el período analizado, principalmente demandadas por el grupo femenino, mientras que los servicios de urgencias y hospitalización presentaron mayor frecuencia en el grupo masculino (Ver Tabla 7). Adicionalmente, se pudo identificar que el número de asistencias médicas a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias presentaron ligeras fluctuaciones en los años de 2016 y 2017 con pesos porcentuales del 14,0 % (n=200) y 14,4 % (n=205) respectivamente.

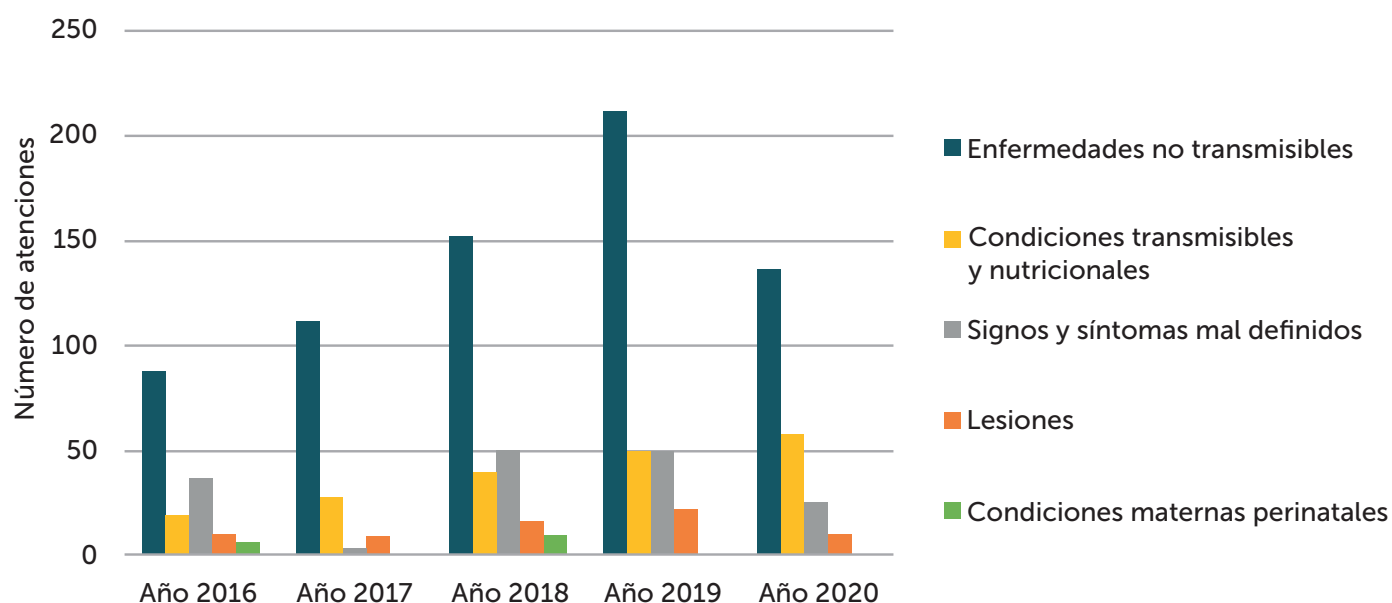
En lo referente a las atenciones por régimen de aseguramiento, el mayor peso porcentual se registró en el contributivo, con el 93,1 % (n=1328), donde las EAPB que denotaron mayor nú-

mero de consultas hicieron referencia a Famisanar, Sanitas y Compensar, con el 34,5 % (n=458), 21,8 % (n=290) y 19,5 % (n= 19,5) respectivamente. En segundo lugar, se ubican un importante número de atenciones brindadas dentro del régimen subsidiado con el 6,8 % (n= 97), de las cuales el mayor peso porcentual correspondió a Capital Salud con el 78 % (n=78). Esta distribución, es concordante con la pertenencia de los raizales a los distintos regímenes del SGSSS, presentada en el capítulo 1.

3.1.2 Morbilidad atendida por grandes causas y subgrupos

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

Gráfica 6. Morbilidad atendida por grandes causas, población Raizal, Bogotá (2016 – 2020)



Fuente: Base Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del período comprendido entre el 2016 y 2020/SDS, Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023

A pesar de que los raizales poseen conocimientos ancestrales acumulados por generaciones acerca del uso de plantas medicinales, algunas de las cuales nacen de manera silvestre en el archipiélago, para el tratamiento de ciertas enfermedades, elemento que se abordará con más profundidad en el cuarto capítulo, se ha observado que, en las últimas décadas estas prácticas

han caído en desuso cada vez más, prefiriendo más el manejo de sus dolencias y enfermedades por parte de profesionales de la medicina occidental en los distintos servicios de salud, más que por recomendaciones de la medicina ancestral.

De hecho, los participantes raizales de la presente investigación son enfáticos en señalar que no existe un sistema de medicina ancestral o sistema etnomédico consolidado, sino prácticas que, aunque no son aisladas de su ontoepistemología, no constituyen redes de saberes holísticas para una comprensión radicalmente diferente de las nociones expresadas en la salud alopática occidental. La pérdida del mismo tiene como posible raíz el desplazamiento sistemático de las formas de la ancestría raizal en la isla, por los procesos de colonización y sobrepoblación dados desde la segunda mitad del siglo XX, así como el estigma que devino con los procesos "civilizatorios" llevados a cabo por la educación a cargo del clero y el Estado, como prueba de ello, y de haber existido, las prácticas de partería raizal extintas desde mitades del siglo pasado²¹. Lo anterior es reforzado en que se carece de investigaciones de corte etnográfico e histórico para saber si existió en algún momento un sistema etnomédico.

El consumo de medicación para el tratamiento de enfermedades agudas y el control de enfermedades crónicas es el pilar del manejo actual al interior de la comunidad Raizal, así mismo, estos cambios en el manejo de enfermedades se ven potencializados por el patrón migracional, el limitado acceso a las plantas medicinales y el continuo influjo de la cultura medicinal occidental. Por esto, sus necesidades en salud son resueltas en mayoría, desde los servicios de salud, y esto se ve reflejado en el número de atenciones inscritas en la base RIPS, tal como se presenta a continuación.

Enfermedades no transmisibles

Como se observa en la gráfica 6, las Enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de morbilidad en la población raizal, con el 60,0 % (n=700) de las atenciones registradas entre los años 2016 a 2020. Este comportamiento se ha mantenido en la población raizal, pues agrupan del 55,0 % al 63,0 % de la morbilidad atendida por año analizado. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)²², son la principal causa de atención en servicios de salud, así como de mortalidad en la población general, hallazgo que es congruente con las cifras del nivel distrital y nacional. Estas atenciones tienen un mayor peso porcentual en el grupo femenino, con el 59,7 % (n=418), frente al 40,3% (n=282), que aporta el grupo masculino.

Dentro de este grupo se encuentran como causas frecuentes de consulta en los raizales las Condiciones orales con el 16,70 %, las Enfermedades Musculoesqueléticas con el 14,70 %, Enfermedades Cardiovasculares con un 11,0 %, y las enfermedades Genitourinarias con otro 11,0 %, ver Tabla 7. Estos datos son similares a los presentados en el ACCVSyE 2020, donde se identificaron también condiciones crónicas no transmisibles como principales causas de consulta, entre estas Hipertensión Esencial (primaria), Caries de la dentina, y Otros síntomas y signos generales especificados.

21 Grupo focal Raizal. Bogotá. 2023. Julio 1.

22 Entre las patologías crónicas más prevalentes destacan cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas (como diabetes), enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades neurodegenerativas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. En el caso particular de los raizales, el desarrollo de este tipo de patologías va en consonancia con el estilo de vida al interior del territorio insular, donde prima el consumo de alimentos derivados de la pesca, y una dieta con una moderada concentración de grasas y carbohidratos, mayormente de sembrados locales; sin embargo, con el cambio migratorio, se ha visto permeada la población por cambios en lo relacionado con las costumbres urbanas, resultando esto, en el alto consumo de alimentos procesados o ultra procesados con alto contenido graso y calórico, que conllevan a hábitos inadecuados, sumado a la no realización de acciones de auto cuidado.

En lo referente a *condiciones orales*, la necesidad sentida en los servicios se debe principalmente a caries dental, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales; gingivitis y anomalías dentofaciales (trastornos de maloclusión), principalmente demandadas por las mujeres raizales. Esto en relación con las regulares conductas de autocuidado, asociado a la atención deficiente relacionado con la baja oferta de servicios odontológicos, ortodónticos y de Cirugía Maxilofacial en el territorio insular.

Las *enfermedades musculoesqueléticas* son consideradas como las afecciones más habituales en el ámbito laboral. Dentro de la población Raizal revelan una proporción similar de atenciones por sexo, de las cuales el 51,4 % son en mujeres y 48,5 % en hombres. Dentro de las patologías más frecuentes resaltan la dorsalgia, lesiones del hombro, y los trastornos articulares y de los tejidos blandos.

Dentro de las *enfermedades cardiovasculares* se identificaron con mayor frecuencia enfermedades como hipertensión arterial, cardiomiopatía, enfermedades isquémicas del corazón y otros trastornos de las venas, y de esta, el mayor número de atenciones en mujeres raizales (8 de cada 10 consultas). En los encuentros realizados, la población asistente, identificó este tipo de patologías como causa de enfermedad más frecuente, y de la que se desprenden necesidades de atención en instituciones de mayor complejidad, no presentes en el territorio insular. Aunado a esto, en las islas no se cuenta con suficiente recurso humano, capacidad instalada, y tecnología en salud para cubrir las necesidades de los habitantes, conllevando esto al no control de sus patologías y en consecuencia el desarrollo de complicaciones potencialmente prevenibles, por lo tanto, los raizales ven la necesidad de emigrar, con el fin de obtener la atención médica y lograr el estado de bienestar deseado.

Tal como fue expuesto en el capítulo 1, los destinos migratorios al interior del territorio colombiano principalmente son a las ciudades capitales que cuentan con adecuada cobertura en salud y tecnología de punta para el tratamiento de sus patologías como Bogotá, Medellín y a ciudades intermedias en la costa caribe colombiana, puesto que las condiciones climatológicas y varios aspectos culturales se asemejan de cierta manera a la cultura raizal²³.

Así como lo informaron algunos raizales en el distrito en los ejercicios de recolección de información primaria²⁴, los hábitos alimentarios de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá han cambiado en función de la posibilidad y limitación en el acceso a insumos y ali-

23 Cartografía social Raizal. 2021. Julio 15.

24 Ejercicio de cartografía social Raizal. Bogotá. 2023. Julio 14.

mentos de carácter insular. Esto, debido a que el costo promedio de estos puede hasta triplicarse en el distrito, por las dinámicas económicas que envuelven su producción y posterior traslado al área continental. Adicionalmente, otro fenómeno de transformación en los consumos culinarios que varios raizales enuncian, es el aumento de consumo de comidas rápidas. Lo anterior, se da en todos los grupos poblacionales según lo encontrado, y es aducido tanto al deseo como a razones prácticas, debido a que las mismas dinámicas temporales y territoriales en la capital, hacen que en ocasiones sea mucho más barato y sencillo adquirir estos alimentos en Bogotá, que en el territorio insular. Otro aspecto para tener en cuenta es que, dado las distancias y el reducido tiempo con el que suelen contar las personas raizales para desarrollar actividades físicas, han derivado en cambios de su estilo de vida, que suelen tener como consecuencia el aumento de hábitos asociados con el sedentarismo, factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.

Condiciones transmisibles y nutricionales

A continuación, se encuentra el grupo de Condiciones transmisibles y nutricionales con el 16,6 % (n=194) de las atenciones del periodo analizado, sin embargo, a diferencia del grupo anterior, cobra relevancia para el año 2020, hecho relacionado directamente con la pandemia, especialmente en hombres de la comunidad, pues aportaron el 62,8% de la morbilidad en este grupo.

En este grupo, primaron las Infecciones respiratorias con el 42,8 % de las atenciones y las Enfermedades infecciosas y parasitarias con un 38,1 %. Cabe resaltar, una carga importante de Otras enfermedades respiratorias, que como se anotó previamente cobraron importancia en el año 2020, pues hacen referencia a las atenciones derivadas por el COVID-19, ver Tabla 9.

Signos y síntomas mal definidos

En tercer lugar, se encuentra el grupo de los Signos y síntomas mal definidos, con el 16,4 % (n=191). Este grupo cobra importancia en la morbilidad atendida, pues durante el periodo analizado se ubicó como segunda causa de atención, y fue desplazado por el grupo anterior, para el año 2020. Las atenciones aquí descritas, reflejan una gran carga de la morbilidad en la comunidad Raizal, lo que implica la urgente necesidad de establecer mejoras en la precisión diagnóstica de los servicios de salud.

Lesiones

Con menor representatividad se encuentra este grupo, que viene aportando solo el 5,7 % (n=67) de la morbilidad atendida. Este tipo de afecciones, se reportan con mayor frecuencia en hombres raizales (64,17 %), relacionados con lesiones no intencionales y Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (entre estos, fracturas, luxaciones y otros traumatismos).

Condiciones maternas perinatales

En cuanto a condiciones maternas perinatales, se observa un número bajo de atenciones en el periodo analizado (específicamente en los años 2016 y 2018), pues solo representan el 1,3 % (n=15) de los reportes, ver Tabla 7. Estas se dan de manera mayoritaria en el grupo femenino (66,0 %) y las restantes en menores del grupo masculino (33,3 %).

Las *condiciones maternas* equivalentes al 66,0 % de las consultas en este grupo, se relacionaron con la atención del parto (n=7), y en menor número por complicaciones durante el estado de gestación (n=2), poniendo de manifiesto prácticas de autocuidado por parte de mujeres raizales, que se traducen en un mínimo de complicaciones durante el período gestacional, parto y puerperio.

En lo que concierne a *Condiciones derivadas durante el periodo perinatal* (33,3 %), se identificó que la totalidad de las atenciones fueron relacionadas a dificultades y problemas respiratorios del recién nacido.

3.1.3 Morbilidad atendida por momento de curso de vida

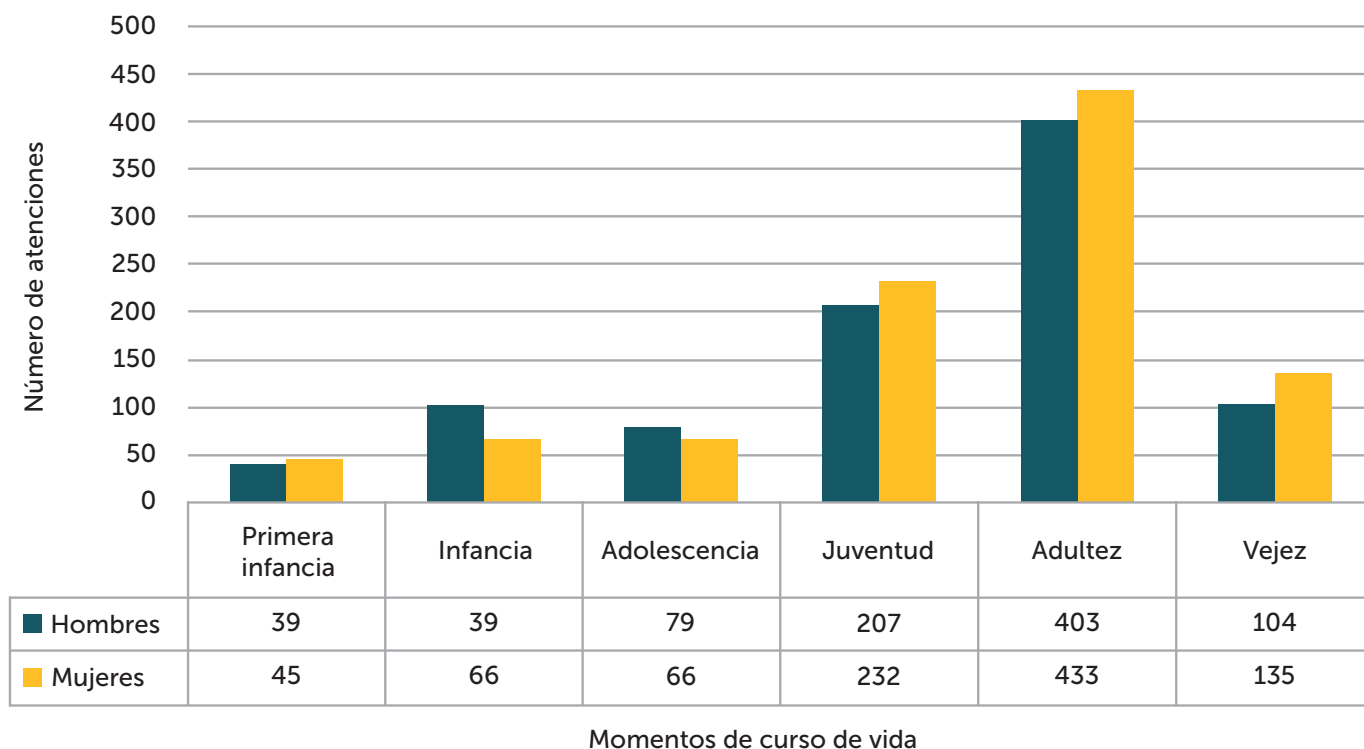
Por otro lado, en cuanto al momento de curso de vida, se encontró que la mayor demanda de atención médica corresponde en orden de frecuencia a los grupos de adultez, juventud y vejez. Lo anterior, obedece a que estos son los grupos etarios con mayor peso dentro de la comunidad Raizal, así como los que reportan mayor carga de enfermedades, y por ende mayor número de asistencias a los servicios de consulta externa para control y seguimiento de patologías crónicas y ajuste farmacológico. El menor número de consultas y atenciones en todos los grupos correspondió a los momentos de curso de vida de infancia y adolescencia (Ver gráfica 7 página 68). Llama la atención, que los hombres consultan con más frecuencia durante la infancia y la adolescencia, y el comportamiento cambia a partir de los momentos de curso de vida juventud hasta vejez donde las mujeres demandan mayor número de atenciones, comportamiento que incluye también el momento de curso de vida primera infancia.

Tabla 7. Morbilidad de los raizales según subgrupo de causas, Población Raizal, Bogotá D. C., años 2016 -2020

GRANDES CAUSAS	SUBGRUPOS	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%
Condiciones maternas perinatales	Condiciones derivadas durante el período perinatal	5	0	0	0	0	5	33,3 %
	Condiciones maternas	1	0	9	0	0	10	66,7 %
	TOTAL	6	0	9	0	0	15	100 %
Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	1	0	0	0	0	1	0,5 %
	Otras enfermedades respiratorias	0	0	0	0	36	36	18,6 %
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	10	14	20	26	4	74	38,1 %
	Infecciones respiratorias	8	14	19	24	18	83	42,8 %
	TOTAL	19	28	39	50	58	194	100 %
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	0	0	0	0	1	1	0,1 %
	Diabetes mellitus	3	3	0	2	3	11	1,6 %
	Otras neoplasias	2	1	2	10	1	16	2,3 %
	Enfermedades respiratorias	6	5	5	6	3	25	3,6 %
	Neoplasias malignas	0	0	0	5	22	27	3,9 %
	Enfermedades digestivas	11	9	12	4	6	42	6,0 %
	Desordenes endocrinos	3	9	13	11	7	43	6,1 %
	Enfermedades de la piel	0	3	8	20	14	45	6,4 %
	Condiciones neuropsiquiátricas	5	12	12	21	1	51	7,3 %
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	9	10	14	20	12	65	9,3 %
	Enfermedades cardiovasculares	6	6	11	37	17	77	11,0 %
	Enfermedades genitourinarias	16	8	27	14	12	77	11,0 %
	Enfermedades musculoesqueléticas	7	24	32	28	12	103	14,7 %
	Condiciones orales	20	22	16	34	25	117	16,7 %
	TOTAL	88	112	152	212	136	700	100 %
Lesiones	Lesiones no intencionales	0	1	2	2	1	6	9,0 %
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	10	8	14	20	9	61	91,0 %
	TOTAL	10	9	16	22	10	67	100 %
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	37	30	50	49	25	191	100 %
TOTAL		160	179	266	333	229	1167	100 %

Fuente: Base Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del período comprendido entre el 2018 - 2021/SDS, Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

Gráfica 7. Morbilidad en la población Raizal según Momento de curso de vida y año, Bogotá D. C. años 2016 a 2020



Fuente: Base Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del período comprendido entre el 2016 - 2020/SDS, Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

Según el momento de curso de vida, se observó que, en primera infancia, el mayor número de consultas se derivó de las Condiciones transmisibles y nutricionales, las Enfermedades no transmisibles y los Signos y síntomas mal definidos, cada uno con un peso porcentual del 30,1 % (n=19). Tanto en el primero como en el segundo grupo, las infecciones y enfermedades respiratorias primaron sobre el resto de las causas de atención.

En la primera infancia, las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de consulta, representando un 41,93 % (n= 13) del total de atenciones en ese grupo poblacional. Las enfermedades respiratorias aportan el 53,84 % (n=7) del global de atenciones por esta causa.

En lo que corresponde al momento de curso de vida adolescencia, se identificó que el grueso de las consultas resultó de Enfermedades no transmisibles 45,71 % (n= 16), seguido de Condiciones transmisibles y nutricionales 25,71 % (n=9). Las enfermedades de la piel 43,75 % (n=7) comprenden el mayor número de asistencias en el primer grupo, mientras que las infecciones respiratorias 100 % (n=9) representan la totalidad de asistencias en el segundo.

A lo largo de la juventud, las Enfermedades no transmisibles 58,37 % (n=115) comprenden la principal causa de atención, dentro de este grupo las condiciones orales 37,39 % (n=43), se-

guido por Enfermedades musculoesqueléticas 12,17 % (n=14), Enfermedades de los órganos de los sentidos y Enfermedades digestivas 11,30 % (n=13) encabezan la lista de atenciones con los mayores pesos. Tal como se mencionó previamente, en el análisis de grandes causas y subgrupos, los diagnósticos más frecuentes fueron caries, enfermedad de las pulpas, gingivitis; esto se da en la mayoría de las poblaciones dado que es el inicio de la independencia en el autocuidado de la salud oral e higiene bucal. Factores que en la mayoría de los jóvenes no son de alta relevancia, sin saber que pueden conllevar a complicaciones mayores en lo referente a la salud oral. Las enfermedades músculo esqueléticas no son un hallazgo habitual en este tipo de grupo poblacional, su aparición puede estar en consonancia con el inicio temprano de la vida laboral o con cambios en los estilos de vida de los migrantes, quienes tienen que desplazarse grandes distancias para llegar a sus destinos y la somatización de toda la carga psicoemocional que representa el cambio de su hábitat maritorio a la "selva de cemento", como muchos le llaman.

Referente al Momento de curso de vida adultez, el grupo de Enfermedades no transmisibles tienen el mayor peso porcentual con 63,98 % (n=437) de las atenciones en este grupo de edad. Al interior de este grupo, se encontró con mayor representatividad las atenciones por Condiciones orales 15,78 % (n= 69) y las Enfermedades musculoesqueléticas 15,56 % (n= 68). También se observó que los Signos y síntomas mal definidos 15,66 % (n=107), seguido de las Condiciones transmisibles y nutricionales 13,90 % (n=95) son grandes causa de morbilidad en este grupo poblacional.

Durante la vejez, las Enfermedades no transmisibles figuran como el grupo que genera mayor demanda de atenciones con el 63,85 % (n=106), donde se observan como causas de consulta frecuente las Enfermedades cardiovasculares con el 42,45 % (n=45) y las Enfermedades musculoesqueléticas con el 16,98 % (n=16). La carga genética de la raza negra de la cual deriva parcialmente la comunidad Raizal tiene alta predisposición para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, tales como la hipertensión arterial que, sumada a otros factores de riesgo cardiovasculares, como son inactividad física, la obesidad y el tabaquismo, pueden incrementar las posibilidades de desarrollar una enfermedad coronaria o complicaciones renales. Esto, sumado a las múltiples barreras de acceso en salud en la isla, por lo cual los raizales se ven obligados a migrar para obtener una mejor calidad de vida y condiciones en salud.

3.1.4 Atenciones maternas y período perinatal

A pesar de que las condiciones materno-perinatales, representan la menor proporción dentro de la morbilidad atendida de la población Raizal en el distrito, es importante describir el contexto de las atenciones maternas dentro de los servicios de salud, dada su importancia en la reproducción biológica y social del pueblo Raizal presente en la ciudad. Este análisis, se realizó a partir del cruce de base de Nacidos vivos (RUAF ND) con los datos del listado censal de ORFA.

Dentro de las bases analizadas para los años 2019 a 2022, se identificó un total de 41 nacimientos -ver tabla 8-, los cuales registraron como sitio de atención instituciones médico-hospitalarias, es decir, que fueron atendidos en su totalidad por personal médico capacitado al interior de instituciones de salud, lo que se traduce en una cobertura de parto institucional del

100 %. En este punto, cabe resaltar que desde la cultura Raizal no se poseen prácticas de partería ancestral en casa o rituales al momento del nacimiento, por tanto, el registro de nacimientos se da exclusivamente en instituciones de salud.

Por otra parte, se identificó que, de acuerdo con el tiempo de gestación, el 95,1 % (n=39) de los nacimientos raizales se dieron a término²⁵, es decir, entre las 37 a 41 semanas de gestación, y el restante 4,9 % (n=2) correspondieron a nacidos pretérminos. Estos últimos reportados en madres menores de 29 años. Este resultado es de suma importancia en lo referente a salud pública, dado que el nacimiento prematuro o pretérmino es considerado como la causa directa de mortalidad neonatal más frecuente. En efecto, según lo publicado en el Boletín Técnico Estadísticas Vitales (EEVV) de 2022, el volumen de nacimientos a término es del 88,5 %, y los nacidos vivos de menos de 37 semanas completas reportaron el 11,0 %.

En lo que respecta al tipo de parto²⁶, el mayor porcentaje de nacimientos registrados en la comunidad, corresponden a partos espontáneos y por cesárea, con pesos porcentuales del 48,8 % (n=20) y 46,3 % (n=19), respectivamente. Estos datos son similares a lo observado a nivel distrital y nacional, donde priman los partos espontáneos, con cifras reportadas superiores al 49,0 %. Cabe destacar, que, en el ámbito nacional, se observa un comportamiento decreciente para los partos espontáneos con un consecuente aumento de partos por cesárea.

Tabla 8. Características de los partos atendidos en servicios de salud de la población Raizal, Bogotá D. C., años 2019-2022

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de Gestación	Pretérmino (<37 semanas)	2	4,9 %
	A término (37- 41 semanas)	39	95,1 %
	Total general	41	100,0 %
Tipo parto	Instrumentado	2	4,9 %
	Cesárea	19	46,3 %
	Espontáneo	20	48,8 %
	Total general	41	100,0 %
Numero de Controles prenatales	0 a 5	6	14,6 %
	5 a 10	30	73,2 %
	mayor a 10	5	12,2 %
	Total general	41	100,0 %

25. Según la OMS, la duración del embarazo se mide en semanas completas a partir del primer día de la Fecha de la Última Menstruación (FUM), y se divide así en tres grupos: i) Término, todo RN entre las 37 y las 41 semanas; ii) Prematuros o Pretérmino, todo RN de 36 semanas o menos; y iii) Posttérmino, 42 semanas o más.

26. Dentro de los diferentes tipos de parto se identifican el parto vaginal se define como proceso fisiológico en el que la madre pasa por las fases del parto con acompañamiento de personal asistencial durante todo el proceso. En lo que respecta al parto vaginal instrumentado, hace referencia a un parto vaginal en el cual el personal asistencial emplea algún instrumento para que el feto nazca; y la cesárea corresponde a la intervención quirúrgica donde el feto es extraído a través de una incisión en el abdomen de la mujer para llegar al útero.

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Peso al nacer	Bajo	4	9,8 %
	Déficit	7	17,1 %
	Normal	29	70,7 %
	Exceso	1	2,4 %
	Total general	41	100,0 %
Nivel educativo madre	Básica primaria	2	4,9 %
	Básica secundaria	2	4,9 %
	Media académica o clásica	8	19,5 %
	Media técnica	4	9,8 %
	Técnica profesional	3	7,3 %
	Tecnológica	1	2,4 %
	Profesional	14	34,1 %
	Especialización	3	7,3 %
	Maestría	3	7,3 %
	Sin información	1	2,4 %
Total general	41	100,0 %	
Edad Madre (quinquenios)	10 a 14 años	0	0,0 %
	15 a 19 años	1	2,4 %
	20 a 24 años	5	12,2 %
	25 a 29 años	15	36,6 %
	30 a 34 años	15	36,6 %
	35 a 39 años	3	7,3 %
	40 a 44 años	2	4,8 %
	Total general	41	100,0 %

Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023, y Base Nacidos vivos RUAF ND años 2019 - 2022p

A partir de los datos presentados en la Tabla 8, se identificó que las mujeres raizales presentan buena adherencia a controles prenatales²⁷, pues el 85,40 % de los nacimientos, registro 5 o más consultas, cumpliendo con los estándares recomendados por la OMS²⁸. En contraste

27. Los Controles prenatales se definen como la realización de seguimientos, acciones y actividades periódicas durante el embarazo, estos permiten “lograr una buena atención materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (5).

28. La OMS recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, el primer control debe durar 40 minutos y los siguientes 20 minutos. En caso de que la embarazada realice su primer control tardíamente este durará mínimo 30 minutos. (6)

con esto, el 14,6 % (n=6) de recién nacidos fueron producto de madres que asistieron a menos de 5 controles prenatales, dentro de este grupo el mayor riesgo está representado por un 16,6 % (n=1) que correspondió a un recién nacido pretérmino, y un 16,6 % (n=1) a recién nacido con exceso de peso. Cabe recordar, que a través de un control prenatal temprano y continuo se logran identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, lo que conlleva a garantizar condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as durante la gestación y el parto. Por otra parte, según lo publicado en el Boletín Técnico Estadísticas Vitales (EEVV) de 2022, el porcentaje de nacidos vivos en los que la madre no recibe consultas prenatales durante el período de gestación a nivel insular ha ido en aumento, siendo el año 2022 el periodo que reporto mayor porcentaje en los últimos cuatro años, con un 2,1%, situación contraria a lo que se observa a nivel distrital, pues la tendencia viene en descenso, registrando el menor peso porcentual en los últimos cuatro años con el 4,2 %.

En cuanto a escolaridad madre, el mayor número de nacimientos corresponde a madres con títulos profesionales 34,1% (n=14), seguido de aquellos nacidos de madres que cursaron Media académica o clásica, representando el 19,5 % (n=8); mientras que los índices más bajos de escolaridad de la madre se observaron en el nivel tecnológico 2,4 % (n=1), seguido de Básica secundaria y básica primaria, cada uno con un peso porcentual de 4,9 % (n=2). Estos datos, son concordantes con el comportamiento nacional, pues se observa un aumento de nacidos vivos hijos de madres con altos niveles educativos: técnica profesional, tecnológica, normalistas, profesional universitario y postgrado, donde se evidencio un crecimiento del 5,2% en los nacidos vivos, hijos de madres con nivel educativo posgrado en el país, pasando de 9.089 nacimientos en 2018 a 9.561 en 2022 27.

En lo que concierne a edad de la madre, el 85,40 % (n=35) de los partos atendidos, se registraron en madres de 20 a 34 años, y el 12,10 % (n=5), se presentó en madres mayores de 35 años. Como hallazgo positivo, se anota la baja frecuencia de embarazos adolescentes en mujeres raizales, pues solo se registró un nacimiento en este grupo de edad, lo que representa solo el 2,40 % de los partos atendidos en el distrito. Lo anterior, pone en evidencia que el grueso de los nacimientos se dio en madres jóvenes y adultas, probablemente fruto de embarazos planeados y madres con una mayor calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el peso al nacer, como el primer peso del neonato, justo después del nacimiento. Este determina la posibilidad del recién nacido de sobrevivir, y de tener un crecimiento sano. Se considera bajo cuando se obtienen cifras inferiores a los 2500 gramos, por lo que se considera un importante indicador de salud pública que refleja las condiciones de salud fetal y neonatal, e indirectamente el estado nutricional materno; (26). En lo que respecta a peso al nacer, se observó que el 90,20 % de los nacidos vivos raizales en el periodo analizado obtuvieron pesos superiores a los 2500 gramos, lo que revela buenas condiciones nutricionales del binomio madre e hijo. De los datos extraídos, se evidenció 1 solo caso de exceso de peso (mayor de 400 gramos) al nacer en Recién Nacido (RN) a término. Se debe recordar que los RN con exceso de peso al nacer representan también un problema de interés en salud dada la alta probabilidad de que la macrosomía represente a futuro un compromiso cardiovascular y metabólico. Se ha asociado con múltiples factores de riesgo como IMC materno, diabetes, multiparidad, sexo fetal varón, etcétera. Es una causa importante de morbimortalidad neonatal y materna, y supone un aumento en la tasa de cesáreas. (27)

En contraste con lo expuesto anteriormente, se registró una baja proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (9,80 %), de los cuales solo dos (n=2) corresponden a hijos de madres con gestaciones a término. Dichos eventos fueron reportados para el año 2020, por lo que se estima un indicador²⁹ para ese año del 13,33 %, cifra que al ser contrastada con el indicador distrital del mismo periodo (13,5 %) no presenta diferencia estadísticamente significativa.

3.2 Eventos de notificación obligatoria



Los eventos de notificación obligatoria en salud (ENOS) o eventos de interés en salud pública son aquellos "eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del MSPS, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que, además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública." (28) . A partir del cruce realizado entre los registros del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del periodo comprendido entre los años 2017 a 2022 y la base censal de ORFA con corte mayo 2023 se obtuvo información referente a los eventos de interés en salud pública -EISP- reportados al interior el distrito, identificando en primera medida eventos en todos los años del periodo analizado, a excepción del año 2019, donde no se registran notificaciones en la población raizal.

Durante el periodo se identificaron 538 eventos notificados, en la población raizal censada, específicamente el grupo con mayor número de reportes hizo referencia a Transmisión aérea y contacto directo, donde se encuentran la Infección respiratoria aguda por virus nuevo (COVID-19) y las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) inusitado. Le siguen en frecuencia los eventos de Transmisión sexual y sanguínea (VIH/SIDA), y en menor medida los eventos Materno-perinatales, donde se relaciona la morbilidad materna extrema (Ver tabla 9).

A diferencia del ACCVSYE anterior, no se identificaron en este análisis eventos como Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, varicela, parotiditis, bajo peso al nacer, cáncer de mama y cuello uterino, y eventos de salud mental (intento de suicidio y violencias de genero e intrafamiliar), que tenían una importante carga en la notificación, junto a los presentados en la tabla 9.

Tabla 9. Eventos de notificación obligatoria, Población Raizal, Bogotá D. C. años 2017 a 2022

Grupo eventos	Nombre evento	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total general	%
Transmisión aérea y contacto directo	Infección respiratoria aguda por virus nuevo	0	0	0	86	277	160	526	97,8
	Infección respiratoria aguda, grave inusitada	0	0	0	0	0	3	3	0,6

29. Proporción de bajo peso al nacer, es el porcentaje de nacidos vivos a término con peso menor a 2500 gramos

Grupo eventos	Nombre evento	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total general	%
Transmisión sexual y sanguínea	VIH / SIDA	1	0	0	2	2	0	5	0,9
Materno perinatal	Morbilidad materna extrema	0	3	0	1	0	0	4	0,7
Total general		1	3	0	89	279	163	538	100

Fuente: Base Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del período comprendido entre el 2017 - 2022 /SDS. Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

A continuación, se realizará una profundización de los ENOS trazadores en salud pública:

COVID- 19: las notificaciones por enfermedades respiratorias asociadas a COVID-19, iniciaron en el 2020, periodo donde se realizó la declaración de estado de emergencia, y por ende aumento vertiginosamente el registro de reporte de pacientes infectados a los respectivos sistemas de vigilancia. Así las cosas, en la población raizal, el COVID-19, represento el 99,1 % (n=526) del total de reportes al SIVIGILA efectuados durante los años 2020 a 2022, alterando de manera transitoria los patrones de morbilidad notificada en la comunidad.

En lo que respecta a población afectada, las mujeres lo estuvieron en mayor medida, pues representaron el 59,5 % de los casos confirmados, frente a un 40,5 % restante de casos notificados en hombres. Por grupos de edad, los raizales jóvenes (22,6 %) y adultos (56,1%) fueron los momentos de curso de vida con mayores niveles de contagio, reportando un importante número de casos entre los 20 a 44 años, con cifras máximas entre los 35 a 39 años (14,3%) y 30 a 34 años (13,3 %). En estos grupos se calcularon proporciones de incidencia de 480,8 casos por cada 1000 habitantes (35 a 39 años), y 441,4 (40 a 44 años), las más altas en la población raizal, ver Tabla 10.

La mayor afectación en jóvenes y adultos posiblemente fue atribuida a que corresponden a la población en edad de trabajar, o, en otros términos, la población económicamente activa, de la cual dependen otros integrantes del hogar, quienes debían salir al espacio público y desarrollar actividades laborales u otras acciones en pro de garantizar necesidades básicas del núcleo familiar. Así como el imaginario, que representaban a la población con menor riesgo de sufrir complicaciones por esta patología, lo que afirma el temor a que las personas mayores, menores y otros integrantes de cada familia, fueran contagiados.

Tabla 10. Distribución de los casos confirmados por COVID-19 y proporciones de incidencia, según grupos de edad, población Raizal (2020-2022)

Grupo de edad	Frecuencia	Población	Porcentaje	PI Acumulada *1.000 hab.
00 a 04 años	19	55	3,6 %	345,5
05 a 09 años	7	141	1,3 %	49,6
10 a 14 años	20	134	3,8 %	149,3

Grupo de edad	Frecuencia	Población	Porcentaje	PI Acumulada *1.000 hab.
15 a 19 años	23	117	4,4 %	196,6
20 a 24 años	53	219	10,1 %	242,0
25 a 29 años	57	206	10,8 %	276,7
30 a 34 años	70	219	13,3 %	319,6
35 a 39 años	75	156	14,3 %	480,8
40 a 44 años	64	145	12,2 %	441,4
45 a 49 años	29	102	5,5 %	284,3
50 a 54 años	37	88	7,0 %	420,5
55 a 59 años	16	90	3,0 %	177,8
60 a 64 años	29	86	5,5 %	337,2
65 a 69 años	13	72	2,5 %	180,6
70 a 74 años	8	36	1,5 %	222,2
75 a 79 años	3	25	0,6 %	120,0
80 a más años	3	20	0,6 %	150,0
Total	526	1911	100,0%	275,2

Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023, y Base Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del período comprendido entre el 2020 - 2022 /SDS.

VIH: al interior de la comunidad raizal se han identificado 5 casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los casos identificados en el presente análisis la totalidad de los casos fueron de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 21 a 31 años, siendo el 80 % (n=4) jóvenes y el 20 % (n=1) restante en período de adultez.

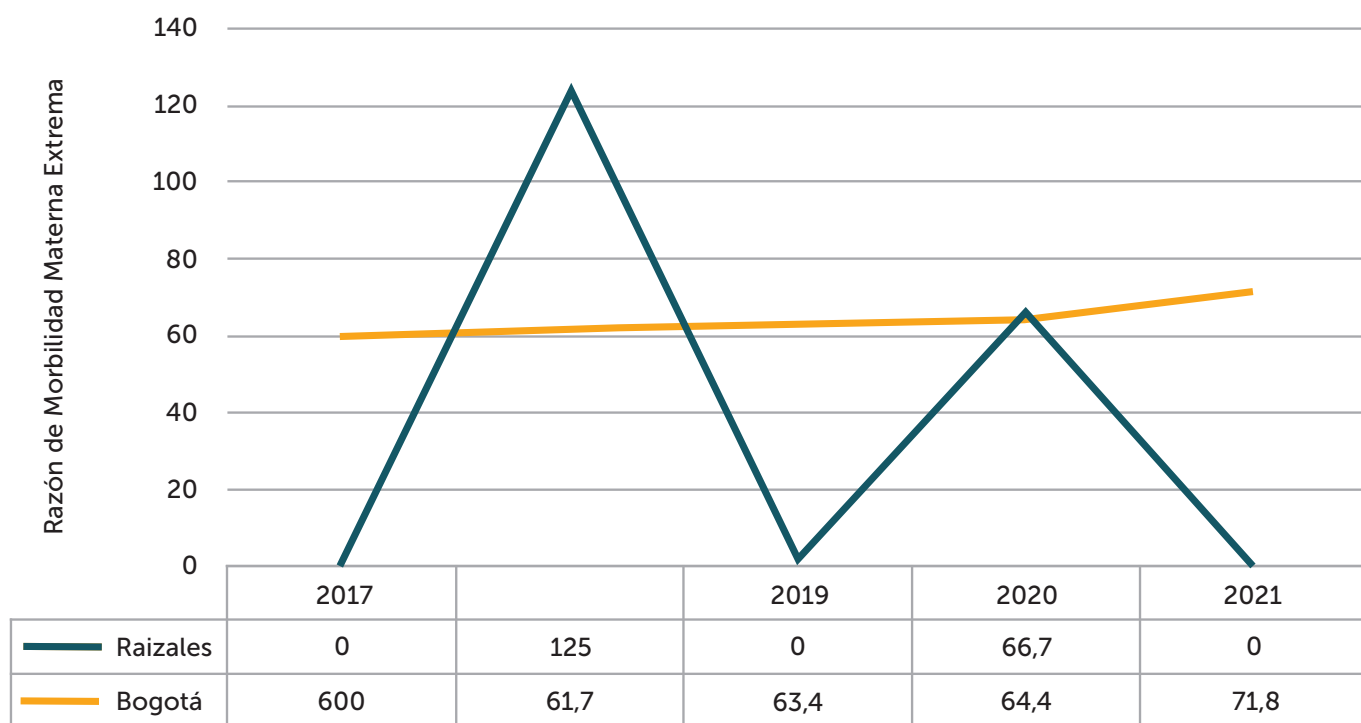
La mayor proporción de los pacientes pertenecen al régimen contributivo 80 % (n=4) y el 20 % (n=1) remanente hacía parte del régimen subsidiado. En lo referente a la procedencia, la mayoría de los raizales 80 % (n=4), provienen del archipiélago, mientras que uno de los pacientes es residente permanente del distrito. A diferencia de lo observado en lo publicado en el ACCVSYE (2022), donde se encontraba un mayor número de personas identificadas con VIH (n=19), los reportes de esta enfermedad van en descenso, esto se puede encontrar en relación con mayores conductas de autocuidado con el objetivo de prevenir enfermedades. Adicionalmente se considera que aquellas personas diagnosticadas en la isla tienen que migrar para obtener mejores cuidados en salud, acceso a medicamentos de alto costo y seguimiento por especialistas en diferentes áreas que son necesarias para la adecuada continuidad de su cuidado y de sus enfermedades, las cuales no son ofertadas a nivel insular.

Morbilidad materna extrema: entendiendo la morbilidad materna como una complicación grave que ocurre durante la gestación, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte, vemos reflejado un bajo porcentaje de notificaciones a los sistemas de vigilancia, representado por un 0,7 % (n=4) del periodo analizado, efectuados en los años 2018 (n=3) y 2020 (n=1). Esta cifra, es coincidente

con las atenciones materno-perinatales registradas en acápites anteriores, donde se registró un bajo número de complicaciones en maternas y puérperas.

Al contrastar el indicador razón de morbilidad materna extrema de la comunidad raizal y el calculado para el distrito, se observa que el comportamiento de este evento es irregular, sin embargo, se mantienen cifras inferiores a las reportadas en Bogotá. Para los años 2018 y 2020, se registraron razones de 125 y 66,7 por cada 1000 nacidos vivos respectivamente, únicos años, donde la razón supero las cifras distritales, cifras erráticas, relacionadas también a la baja natalidad de la comunidad en la ciudad de Bogotá. Ver Gráfico 8.

Gráfica 8. Comparación comportamiento de la razón de morbilidad materna extrema población Raizal y Bogotá (2017-2021)



Fuente: Elaboración propia grupo de ACCVSYE Raizal a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023, Base SIVIGILA años 2017-2021 /SDS, Base RUAF/DANE Certificado de nacidos vivos Bogotá 2017-2021, y Observatorio de salud de Bogotá-Salud Data 2021, Consultado en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>, agosto 2023

En la comunidad Raizal, se observa que el evento es de baja frecuencia, dado que se evidencian algunos factores protectores en las mujeres de la comunidad, entre los cuales cabe mencionar una alta cobertura de afiliación al SGSSS, que se traduce en acceso a servicios de salud, pues el 100 % de los partos se atienden al interior de instituciones de salud, y las madres registran buena adherencia a controles prenatales. Por otro lado, las madres raizales, reportaron altos niveles de escolaridad y gestaciones en edades con bajo riesgo obstétrico, elementos que juegan un importante rol en la reducción complicaciones maternas y perinatales, y una posible muerte materna o perinatal.

3.3 Análisis de mortalidad

Al realizar el cruce de información de la base de Registro Único de Afiliados (RUAF -Defunciones) de los años 2018 - 2021³⁰ y la base censal de ORFA con corte mayo 2023 se identificaron 4 defunciones correspondientes a la población raizal, de las cuales la mayor carga de mortalidad se encuentra en el sexo masculino, con un 75,0% (n=3), contrario a lo reportado en la morbilidad, donde las mujeres reportaron mayor demanda de servicios.

Tabla 11. Mortalidad según causas básicas CIE 10 Raizal, Bogotá D. C. años 2018-2021

%	Código CIE 10	Descripción CIE 10	2018	2019	2020	2021	Total
25,0	U071	Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus SARS-COV 2	0	0	0	1	1
25,0	M320	Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación	0	0	0	1	1
25,0	C189	Tumor maligno del colon, parte no especificada	0	1	0	0	1
25,0	E147	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones múltiples	1	0	0	0	1
100		Total	1	1	0	2	4

Fuente: Base de Registro Único de Afiliados (RUAF -Defunciones) de los años 2018 - 2021/SDS. Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

Por momento de curso de Vida, los raizales del momento de curso de vida de vejez representan la tercera parte de las muertes certificadas (75,0 %) y una cuarta parte (25 %) en juventud. No se observó preponderancia de una causa de muerte sobre otra, pues presentan una misma proporción en cada grupo de mortalidad, identificándose las siguientes causas de muerte: lupus eritematoso sistémico, enfermedad respiratoria aguda debida al nuevo coronavirus (2019-nCOV), diabetes *mellitus* y tumor maligno del colon descendente. (Ver tabla 11)

Con los resultados expuestos anteriormente, se observa un posible subregistro de información, dado que los cruces fueron generados con base en el registro censal de ORFA. Los protocolos de manejo de información de las novedades en la base censal incluyen dos rutas posibles para las defunciones, la primera la realización del registro, y la segunda el retiro de la persona de la base de datos, por la condición de fallecido. Por otra parte, existen también factores culturales y consuetudinarios que explican el subregistro, las personas que se encuentran con enfermedades crónicas o fase terminal o fin de vida, se desplazan al archipiélago a compartir sus últimos momentos con sus seres queridos y familiares. Por lo anterior el número de registros de fallecidos a nivel distrital es reducido.

30. No se cuenta con registros de mortalidad del año 2020.

Conclusiones

Con base en la información obtenida y el análisis de los diferentes datos y aspectos establecidos, se pueden constituir un panorama general del estado de salud-enfermedad que incluye los siguientes puntos. Primero, frente a la caracterización de las personas que consultan, en el período de 2016-2020 el mayor número de atenciones al pueblo Raizal se concentró en las mujeres registrándose un pico de asistencias en el 2019 y una tendencia a la disminución para el año 2020. En segundo lugar, en lo referente al tipo de atención brindada, el mayor número de atenciones fueron realizadas en el área de consulta externa, seguido por urgencias y hospitalizaciones. También se identifica un patrón de género en este particular: las mujeres atienden más a consultas externas mientras que los hombres acuden más a urgencias y hospitalizaciones.

En lo relacionado con el aseguramiento, el régimen contributivo constituye el grueso de las atenciones, situación congruente con el aseguramiento de la comunidad Raizal de Bogotá, seguido por el régimen subsidiado. Las EAPB con mayor número de raizales afiliados, son: Famisanar, Sanitas y Compensar, datos similares a aquellos derivados de la base censal Raizal. Según la clasificación de Grandes Causas, la principal causa de morbilidad fueron las Enfermedades no transmisibles, a nivel de Subgrupo de Causas se observan las siguientes 4 principales: Condiciones orales, Enfermedades Musculoesqueléticas y Enfermedades Cardiovasculares y enfermedades Genitourinarias.

La principal causa de morbilidad en la población Raizal son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): las condiciones de salud oral, enfermedades musculoesqueléticas, cardiovasculares y genitourinarias. Las patologías aparecen producto de determinantes genéticos y fisiológicos, así como factores ambientales y de comportamiento. Con la migración urbana se modifican hábitos alimenticios y se adoptan estilos de vida poco saludables con respecto a los originarios de la isla, los cuales inciden en los tres primeros grupos de enfermedades.

Según curso de vida, la mayor demanda de servicios de atención médica se tiene en los grupos de juventud a vejez. El tipo de atención más frecuente fue por enfermedades no transmisibles, que se dieron en un 63,9 % para el curso de vida de adultez, en el grupo de juventud en un 58,3 % y durante la vejez en un 63,8 %. Aunque se identifica el mismo grupo de enfermedades, estas tienen especificidades de manejo diferentes para cada uno de los grupos etarios.

Se puede concluir que los nacimientos al interior de la población Raizal son derivados de partos institucionalizados principalmente, con similar porcentaje de atenciones por parto vaginal y cesárea. En cuanto a las condiciones de la madre, se identificó que las gestantes raizales poseen un nivel educativo superior y una adherencia adecuada a el cuidado gestacional y la asistencia a controles prenatales. Este cubrimiento en salud va de la mano con lo observado en lo relacionado al alto índice de aseguramiento al interior de la población, abordado en el capítulo 1. Un alto nivel educativo, buenas condiciones socioeconómicas y laborales son factores determinantes para la generación de la conciencia del autocuidado, garantizar buenas condiciones de salud pre y post

parto y a la postre resultan en un estado de bienestar para el binomio materno-fetal. Dado que uno de los factores más importantes de desplazamiento y migración desde el archipiélago es la búsqueda de mejores condiciones educativas, laborales y de acceso a salud.

En cuanto a eventos de notificación obligatoria, el mayor reporte a SIVIGILA, fue por el evento COVID-19, en el año 2021 y las mujeres tuvieron la mayor frecuencia de reporte, al igual que el grupo poblacional de adultos que son la población activa económicamente. También se resalta que el grupo de primera infancia presentó el mayor número de atenciones por causas respiratorias, estos resultados son producto de la pandemia presentada a nivel mundial.

Frente a la mortalidad, se identificaron cuatro defunciones correspondientes al período 2018 - 2021 en la población Raizal, de las cuales tres corresponden al sexo masculino. Por momento de curso de vida, los raizales reportaron tres decesos en etapa de vejez y un caso restante representado por MCV juventud. Se identifican las siguientes causas de muerte: lupus eritematoso sistémico, enfermedad respiratoria aguda debida al nuevo coronavirus (COVID-19), diabetes mellitus y tumor maligno del colon descendente. Se identifica un posible subregistro o sustracción de las bases de datos de las personas reportadas como fallecidas.



4. Conceptos y prácticas propias en salud



El presente capítulo busca describir y analizar los conceptos y prácticas propias en salud que los raizales consideran relevantes para el sostenimiento de la vida y la prevención de enfermedades físicas y espirituales. Con este fin, en primera instancia se precisa cuáles son las condiciones del acceso al servicio de salud que enfrenta la población. Se triangulan, para ello, datos cuantitativos y cualitativos que dan cuenta de la percepción del servicio, el éxito de su ejecución, la calidad que posee y las complejas relaciones estructurales entre el sistema de salud experimentado en la zona insular y la continental. Esto, entendiendo que una de las características del fenómeno migratorio Raizal es la necesidad de movilizarse para obtener atención médica en las diferentes ciudades capitales del país; lo cual, históricamente, ha tejido la concepción epistémica de la salud que los raizales mantienen, compuesta a partir de la conexión entre la medicina alopática occidental y las prácticas etnomédicas en la isla.

4.1 Contexto: sistema de salud en el archipiélago



El sistema de salud en el archipiélago, tal y como se encuentra constituido en la actualidad, es producto de un transcurso de hechos, decisiones políticas, gestión pública, catástrofes naturales y desatención estatal en el pasado. El propósito de este apartado es reconstruir la trayectoria histórica del sistema de salud que explica la situación de los raizales insulares y es factor fundamental en la toma de decisiones de migración cuando aparece alguna patología. La reconstrucción histórica toma como categorías de análisis el funcionamiento, la cobertura y la infraestructura en salud.

4.1.1 Funcionamiento

Algunos de los antecedentes más significativos que han tenido impacto sobre el sistema de salud insular del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se ubican en la década de los noventa. Como parte del proceso de descentralización política y administrativa que acogió el Estado colombiano, hubo un efecto particular sobre el sector de la salud, especialmente la Ley 10 de 1990, que introdujo un arreglo de responsabilidades y competencias entre el nivel nacional y el territorial, afianzado tras la expedición de la Constitución Política en 1991, gracias a la descentralización fiscal que obligaba a la transferencia de recursos desde la Nación hacia los departamentos y municipios. El último de esos antecedentes nacionales fue la reforma al SGSSS por medio de la Ley 100, que constituyó gran parte de la estructura del actual sistema de salud.

En ese marco político y jurídico, quedó establecido que desde el nivel nacional se diseñarían las políticas y se regularía el uso de los recursos destinados al sector. En el caso de los departamentos, estos estarían encargados de manejar los subsidios a la oferta y la administración de las redes de hospitales de II, III y IV nivel; mientras los municipios se harían cargo del régimen subsidiario y los hospitales de nivel I, además de centros y puestos de salud. En el año de 1992 es creada la Secretaría de Salud del departamento de San Andrés y el Fondo Seccional de Salud, además de transformar el Servicio Seccional de Salud en Secretaría Departamental de Salud.

En el siguiente año, bajo el amparo de la Ley 100, los hospitales del sector oficial se transforman en Empresas Sociales del Estado (ESE) para que los servicios de salud sean prestados directamente por las entidades públicas descentralizadas del Estado, con el fin de cumplir dos principios fundamentales: producir servicios de salud oportunos y garantizar un manejo responsable, gerencial y con rentabilidad social y financiera de la empresa (31).

A inicios de los años 2000, el proceso de modernización estatal, específicamente del sistema de salud a nivel departamental y regional, entró en crisis, pues no existía una preparación administrativa necesaria para la adecuación que, aunada a los altos costos de funcionamiento y falta de saneamiento presupuestal, generó un declive en la garantía del servicio y por ende una disminución en la calidad de vida de los habitantes del archipiélago (principalmente de aquellos con menos recursos y que no tenían las condiciones materiales para solventar los costos de atención en salud). Distintas instituciones empezaron a solicitar recursos al nivel nacional a través de programas del MSPS, con el fin de realizar ajustes administrativos, financieros, productivos y de calidad en el servicio, con resultados escasos. Esto devino en una crisis mayor y en la búsqueda de alternativas para rediseñar y reorganizar el modelo de funcionamiento de las entidades prestadoras del servicio de salud. De este modo, una salida fue la liquidación de centros y puestos de salud e incluso algunos hospitales como el Clarence Lynd Newball³¹; a la vez que se abrieron, hacia el año 2007, procesos de licitación pública para conceder la red de prestación de servicios de salud en San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Como parte del esfuerzo y deber constitucional de garantizar el derecho a la salud por parte de la población Raizal, rápidamente aparecieron en la discusión los convenios interadministrativos con servidores privados que se mostraban facultados para ofrecer el servicio de salud de manera eficiente. Entre otros, un caso de ello fue la llegada de la Institución Prestadora de Servicios en Salud (IPS) CAPRECOM, en el año 2010, quien entró a cumplir labores que no fueron ejecutadas con anterioridad en el ya mencionado Hospital Clarence Lynd Newball. La figura funcionaba de una manera sencilla: el operador externo, bajo su autonomía administrativa, técnica, financiera y de contratación, se encargaría de cumplir a cabalidad con todos los desafíos y responsabilidades para garantizar los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel, de manera oportuna y eficiente, por medio de la infraestructura existente o con aquella que el operador mismo decidiera disponer (29).

En consecuencia, luego del 2010, y tras la liquidación de puestos y centros de salud de vieja data, los operadores privados y externos han sido quienes han prestado el servicio de salud con ciertas mejoras en su eficiencia, pero concibiendo el modelo más como una empresa que solventa un negocio, que como una entidad que asegura el cumplimiento de un derecho constitucional. Sobre la relación entre la población y el SGSSS, el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, a marzo de 2020 cuenta con 57.289 personas afiliadas al SGSSS, al Régimen Contributivo 41.375 y al régimen subsidiado y regímenes espaciales (30)

31. Anteriormente llamado Timothy Britton, nombre que fue cambiado por "Amor de Patria" y, a su vez, este por el actual.

Tabla 12. Población afiliada al SGSSS Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, marzo 2020

Municipio	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Regímenes Especiales	Total	Población Pobre No Asegurada
San Andrés	39.063	13.714	869	53.666	NA
Providencia	2.312	1.242	69	3.623	NA
Total	41.375	14.956	958	57.289	

Fuente: Gobernación departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020, 82)

Tabla 13. Variación de la Población afiliada al SGSSS Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2013-2020

Régimen	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2020	Variación 2013-2020
Contributivo	35.980	37.505	39.926	42.607	41.838	40.256	41.375	13,0
Subsidiado	20.301	18.752	17.434	14.402	13.574	13.033	14.956	-35,7
Excepción	500	667	713	934	983	1.059	958	47,8
Total	56.781	56.924	56.924	57.943	56.395	55.023	57.289	0,9

Fuente: Gobernación departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020

Según datos de la Gobernación del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para el año 2020, el 72 % de la población del departamento está afiliada al régimen contributivo, un 26 % al régimen subsidiado y sólo 2 % al régimen de excepción. Dos son las EPS habilitadas en el departamento por la Secretaría de Salud: Nueva EPS y EPS Sanitas. Tal y como se aprecia en la tabla 14, en el caso Nueva EPS concentra el 86 % de la población afiliada al régimen subsidiado; mientras que Sanitas, únicamente un 12 %.

Tabla 14. Población afiliada al régimen contributivo y subsidiado, del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina marzo de 2020 según EPS

Régimen	Nombre EAPB	San Andrés	Providencia	Totales
Contributivo	Sanitas EPS	22.830	6	22.836
	Nueva EPS	15.657	2.231	17.888
	Nueva EPS-CM	575	72	647
	Otros	1	3	4
	Total	39.063	2.313	41.375

Régimen	Nombre EAPB	San Andrés	Providencia	Totales
Subsidiado	Sanitas EPS	613	0	613
	Nueva EPS-CM	3.981	410	4.391
	Nueva EPS	9.120	832	9.952
	Total	13.714	1.242	14.956

Fuente: Gobernación departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020

Para el año 2019, el departamento contaba con 182 prestadores habilitados del servicio de salud, que incluye 17 IPS de carácter privado, 146 profesionales independientes también de naturaleza privada, principalmente para servicios de complejidad baja, tres empresas destinadas al transporte especial de pacientes y 16 IPS de objeto social diferente (31).

En el archipiélago, la ESE encargada de operar el servicio de salud es la Red Departamental de Prestación de Servicios, la cual integra el conjunto de puntos de atención de la red pública, que son: i) Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, con dotación mediana y alta de tecnología y capacidad para prestar servicios de salud de complejidad baja, mediana y en algunos casos alta; ii) Centro de salud de San Luis, que presta servicios de consulta externa, medicina general, promoción y prevención, odontología, enfermería, dispensación de medicamentos y toma de muestras de laboratorio, con atención prioritaria a población Raizal que habita el sector, además de turistas; iii) Centro de salud La Loma, con atención principalmente a la población isleña que habita el barrio del mismo nombre, prestando atención a servicios de consulta externa, medicina general, toma de muestras y dispensación de medicamentos; y iv) Hospital Local de Providencia, con atención, sobre todo, a población Raizal de la Isla de Providencia y que presta servicios de consulta externa, medicina general, programas de promoción y prevención, laboratorio clínico, odontología, enfermería, dispensación de medicamentos, urgencias, rayos x, consulta médica de urgencias, servicios quirúrgicos con sala de partos, quirófano general, esterilización, hospitalización para adultos, pediatría y morgue (32)

4.1.2 Infraestructura para la atención en salud en el Archipiélago

Siguiendo a Gómez y Villavicencio, la infraestructura en salud del archipiélago puede ser rastreada desde el siglo XIX, cuando en 1818 Luis Aury construyó el primer Hospital en Providencia. En San Andrés, esto sólo sucedió hasta el siglo XX, ya que el primer Hospital, hecho en madera al estilo isleño caribeño, inició a construirse en 1925. El edificio fue finalizado en 1940, pero no funcionó como hospital por falta de equipos y sirvió entonces de alojamiento a una compañía de Infantería de Marina. En 1944, fue inaugurado el Hospital Santander, con una capacidad de 12 a 20 camas, que para 1970 resultaba ser insuficiente dado el crecimiento poblacional del archipiélago, por lo cual se construyó un edificio de dos pisos entre 1977 y 1982, incrementando su capacidad a un rango de 80 a 120 camas (33)

En 1953 se construye el nuevo edificio del Hospital Santander, para reemplazar al que fue inaugurado en 1944, cuyas primeras enfermeras fueron monjas de la Comunidad Franciscana Capuchina. Este nuevo edificio prestó servicios hasta 1978 y fue sustituido por otro de dos pisos construido en un predio aledaño al antiguo Hospital, el cual funcionó hasta el año 2007, fecha en que fue inaugurado el actual Hospital "Amor a Patria", hoy denominado "Thimoty Britton".

Con el fin de ofertar servicios nacionales e internacionales de cirugía plástica y estética, manejo quirúrgico de la obesidad y disponer de una unidad renal para turistas nefróticos, el 21 de junio de 1977 se dio apertura al Centro Clínico Villa Real. Desde su creación, y tras constituirse como IPS del Plan Obligatorio de Salud con la Ley 100, este Centro se ha venido consolidando como la mejor opción para pacientes particulares, en su vasta mayoría turistas y extranjeros.

Por último, el tercer hospital inició su construcción en 2002; recibiendo el nombre de Hospital Departamental de San Andrés Clarence Lynd Newball, el único público en el archipiélago. Este ofrece sus servicios a más de 63.000 usuarios y tiene un nivel de atención de primer nivel. Por tanto, los habitantes de Providencia y Santa Catalina no poseen atención médica especializada, únicamente acceso a médicos generales y aquellos médicos que prestan su servicio social obligatorio.

4.2 Atención en salud para el pueblo raizal residente en Bogotá: una problemática multilocal



Como se ha venido afirmando a lo largo de los diferentes capítulos, las condiciones de salud y enfermedad de la población Raizal presente en la ciudad de Bogotá guardan una estrecha relación, actual e histórica, con la situación sanitaria del archipiélago. Este hecho, exige comprender tanto el proceso de salud y enfermedad como su atención, a partir de una óptica multilocal en la cual se vinculan personas, problemas, necesidades y servicios en salud en un escenario que involucra tanto al archipiélago como al distrito.

También se ha puesto en evidencia la debilidad del sistema de salud del departamento como un hecho profusamente documentado. En suma, puede afirmarse que, entre las principales dificultades, se encuentran una reducida calidad de los servicios e infraestructura, deficiencias en la implementación y transversalización de su estrategia de Atención Primaria en Salud, ausencia de servicios espaciados, falta de acciones de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sobrecarga laboral del personal sanitario; insuficientes recursos financieros, falta de articulación interinstitucional y malos manejos administrativos. (34) (35) (36) (37) (38) (39).

Ante esto, Bogotá se ha convertido en uno de los principales destinos migratorios para el tratamiento de enfermedades (40) (39). Por ejemplo, en una encuesta aplicada en 2021 a 334 habitantes de la isla, 27 % de los encuestados manifestó haber tenido que ser remitido fuera del perímetro insular para recibir tratamiento especializado (37). Por esta razón, existe un fuerte vínculo entre el fenómeno histórico de radicación de población Raizal en la ciudad de Bogotá y las circunstancias y condiciones precarias de atención en salud, que se experimentan en el archipiélago. Bajo este contexto se puede aseverar que en tanto necesidad básica y derecho hu-

mano, la salud ha sido un elemento fundamental en la construcción del proceso organizativo de la población presente en el distrito, pues su presencia creciente ha implicado cada vez mayores y más apropiados servicios que han sido logrados paulatinamente, gracias a una persistente lucha política y jurídica.

En efecto, ya en los procesos organizativos que se gestaron en la última década del siglo pasado, se puede observar que la salud era un motivo importante tanto en la migración como en los intereses de las organizaciones raizales (41) (42). Con la constitución de ORFA en el 2004, el análisis de las condiciones de las personas raizales residentes en la ciudad de Bogotá pasó a un primer plano, pues hasta entonces, los objetivos de las organizaciones estuvieron mayormente relacionados con la defensa y recuperación del archipiélago. Con este nuevo paso, tanto la recuperación cultural, como el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad empezaron a tomar un creciente interés (40) (42).

En consecuencia, en el año 2005, inicia un importante proceso de fortalecimiento de la participación de la comunidad Raizal en Bogotá, que materializó su primer logro al asegurar la participación de un representante en el Consejo Distrital de Política Social que se reglamentó en el Decreto 023 de ese año. En 2007, se logra la primera diferenciación institucional en el distrito respecto a la población afrocolombiana con la cual históricamente (y en la actualidad) tiende a homogenizarse bajo la sigla NARP (Negras, Afrodescendientes, Raizales y Palenqueras); fue con el decreto 627, el cual estableció subsistemas de culturas y comunidades étnicas en el nuevo Sistema Distrital de Arte, Cultura y Patrimonio. En 2009, se creó el Consejo Distrital de Cultura Raizal como instancia de articulación y comunicación con el gobierno distrital, mediante el Decreto 455 de 2009 Alcaldía Mayor.

Estos hechos, constituyen los principales jurídicos antecedente para la que, sin duda, es la mayor conquista política de la comunidad Raizal presente en la capital: la adopción por parte de la administración de la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la Garantía, la Protección y el Restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá, mediante el Decreto 554 del 07 de diciembre de 2011.

Además, esta política pública es resultado de la acción política de ORFA, que vio en este mecanismo la mejor alternativa para el logro de sus objetivos de visibilización y reivindicación de derechos como grupo étnico. Para lograrlo, se desarrolló un proceso de incidencia en la formulación del Plan de Desarrollo 2008-2011 "Bogotá Positiva", gracias al cual se institucionalizó el apoyo técnico para su formulación que además estuvo precedida de un ejercicio de caracterización del grupo Raizal habitante en la ciudad (43). Como resultado, bajo el liderazgo de ORFA, se concertó y construyó el documento "Lineamientos de la Política Pública Raizal y Plan de acciones Afirmativas", base del decreto que adopta la política.

La política pública finalmente adoptada en el Decreto 554 de 2011, sostiene un enfoque de derechos y define acciones concretas para asegurar su ejercicio pleno por parte de la población Raizal en la ciudad y se estructuró a partir de siete ejes: i) Cultura e identidad Raizal, ii) Participación y autodeterminación Raizal, iii) Educación Raizal, iv) Salud, v) Desarrollo Económico Raizal, vi) Inclusión y no discriminación del Raizal, y vii) Protección y Desarrollo Integral Raizal (que incluye la protección de la seguridad alimentaria y nutricional).

En este sentido, el eje de salud fue concebido como la "Promoción del ejercicio efectivo del derecho a la salud de la población Raizal a través de su inclusión en el diseño e implementación de la política pública intercultural de Salud y en los planes, programas y proyectos que se desarrollen en el distrito, con enfoque diferencial" (44)

Una de las principales estrategias para la materialización de la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la Garantía, la Protección y el Restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá y sus ejes estructurantes, es el Plan Integral Distrital de Acciones Afirmativas (PIAA) que debe construirse de forma concertada entre la administración distrital y la comunidad Raizal. El PIAA se consolida en una matriz que contempla siete acciones afirmativas en salud y que son objeto de seguimiento trimestral. Su relación y el estado de avance que fue identificado con corte a septiembre de 2022 se presenta en la Tabla 14.

Tabla 15. Estado de avance de las acciones afirmativas en salud para el pueblo Raizal (septiembre de 2022)

#	Acción Afirmativa	% de avance
1	Implementar una estrategia de fortalecimiento de prácticas de cuidado de la salud de la población Raizal, a través de estrategias promocionales y preventivas a partir de la valoración de riesgos de la salud pública, reconociendo dinámicas de la salud urbana y cosmovisiones propias de la comunidad	82
2	Contratar a un profesional a nivel local con pertenencia étnica Raizal para fortalecer las prácticas de cuidado de la salud en la población a través de estrategias diferenciales para la población Raizal residente en Bogotá. D.C.	100
3	Realizar análisis de situación en salud de la población Raizal del distrito desde el enfoque diferencial e intercultural, con una actualización cada dos años	50
4	Informar, orientar y gestionar el 100% de los casos de individuos raizales que soliciten información para el acceso a los servicios de salud a través de los diferentes canales, presenciales y virtuales dispuesto por servicio a la ciudadanía.	100
5	Ajustar e implementar la guía metodológica en el componente de prestación de servicios de la comunidad Raizal residente en Bogotá, que permita orientar las acciones diferenciales para esta población en el marco del modelo de atención en salud del distrito Capital.	77
6	Facilitar espacios de inclusión de la comunidad Raizal a través de la estrategia de los Territorios de Innovación y Participación en Salud	100
7	Articulación y creación de mesas de trabajo entre la SDS y la comunidad Raizal para la realización de las conmemoraciones.	50
% EJECUCIÓN PROMEDIO		79,8

Fuente: Matriz - Artículo 66: Acciones concertadas con la Población raizal. Gobierno Abierto Bogotá. Tercer trimestre, año 2022, consultado el 5 de septiembre de 2023³².

32. Puede consultarse en: <https://firebasestorage.googleapis.com/v0/b/repositorio-gab.appspot.com/o/etnias%2F2022-3%2FMATRIZ%20DE%20SEGUIMIENTO%20III%20TRIMESTRE%202022%20COMUNIDAD%20RAIZAL.xlsx?alt=media&token=e998c32d-0365-489c-a533-c4d86dcb8811>

Entre las acciones significativas desarrolladas en el marco de la implementación de esta Política Pública, se encuentra el Proyecto "Salud para el buen vivir. Proyecto especial "Estrategia de salud intercultural para la población Raizal", ejecutado por la ESE Pablo VI Bosa en el año 2014. En el marco del proyecto se desarrollaron diferentes acciones de gestión y articulación sectorial e intersectorial, así como de sensibilización de actores claves del proceso que permitieron la construcción, tanto de una caracterización de raizales residentes en Bogotá, como un análisis de su situación en salud.

Por su puesto que la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la Garantía, la Protección y el Restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá ha significado importantes avances, pero su implementación ha estado sujeta a los avatares propios de la gestión de las políticas públicas y todavía dista de lo planificado. Las cifras y análisis expuestos en el capítulo III del presente ACCVSyE reflejan esta insuficiencia.

En general, puede decirse que, dado que no ha sido reconocida jurídicamente como sujeto de especial protección de derechos, la población Raizal hace uso de los servicios del sistema de salud distrital de la misma forma que el resto de sus conciudadanos; esto es, en apego al Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2020-2024. No obstante, se han concertado una serie de instrumentos y acciones específicas que han permitido avanzar en la construcción de una estrategia de salud diferencial que haga frente a sus necesidades y particularidades culturales, aunque aún presenta importantes retos.

Además de constituir una obligación estatal, adecuar el sistema de salud distrital para que logre brindar servicios plenamente adecuados para la población Raizal que hace presencia en la ciudad, constituye una oportunidad de alto valor para recuperar su confianza y consolidar (por fin) las relaciones de Colombia con los raizales. Proceso en el cual, desde luego, ORFA juega y seguirá jugando un papel protagónico.

4.3 Percepción, calidad y enfoque diferencial en la atención en salud del pueblo raizal residente en Bogotá



Como se pudo observar previamente, las formas en las que los raizales han construido su vínculo con la ciudad de Bogotá están atravesadas por el contexto multilocal archipiélago-capital. Esta conexión se da en el contraste de acceso a bienes, servicios y derechos, como los relacionados a la salud. Por tanto, el presente apartado ahonda en el estado actual de la percepción del servicio de salud y en el acceso que, al mismo, tienen los raizales residentes en la capital del país.

En este sentido, y según se describió en el apartado metodológico, para la elaboración del actual ACCVSyE se llevó a cabo un sondeo, el cual abordó aspectos sociodemográficos, calidad de vida, salud y enfermedad, que buscaba recolectar información desde la perspectiva de algunos raizales residentes en la ciudad de Bogotá. El ejercicio contó con 220 participantes, cuyas entradas reflejaron potencialidades y problemáticas específicas, referentes a la asistencia en salud. A continuación, se refleja el análisis del sondeo enunciado, incorporando tanto sus datos cuantitativos como su información cualitativa.

4.3.1 Salud del pueblo Raizal residente en la ciudad de Bogotá

En cuanto al estado de salud, en el sondeo realizado el 55,5 % (n=122) de las personas participantes no refiere tener alguna enfermedad actualmente, 19,1 % (n=42) registró sufrir de hipertensión arterial, 8,6 % (n=19) de obesidad, 3,2 % (n=7) enfermedades cardiovasculares, 2,7 % (n=6) refiere tener enfermedad mental y 18,6 % (n=41) sufre de alguna enfermedad no crónica.

El consumo de alcohol representa el principal factor de riesgo reportado por las personas participantes del sondeo con una puntuación del 46,4 % (n=102) y cuya mayor frecuencia de consumo reportada es de una vez al mes. A renglón seguido, el 15 % (n=33) fuma y de este grupo, la mayor frecuencia de consumo de cigarrillo es de 2 a 6 cigarrillos por semana. Finalmente, un 7,7 % (n=17) reportó consumir sustancias psicoactivas y su mayor frecuencia de consumo es de una vez por semana.

Sin embargo, respecto a esta información cuantitativa recolectada relacionada con los factores de riesgo, debe advertirse la existencia de un subregistro de información, con especial acento en los consumos de tabaco y sustancias psicoactivas. Se tiene conocimiento gracias a espacios formales e informales de investigación con el pueblo Raizal residente en la ciudad de Bogotá, que el consumo y frecuencia de las sustancias referidas, puede ser mayor al expuesto por la población participante del sondeo. Este sesgo se atribuye a dinámicas socioculturales morales manifestadas por parte de la población, bajo las cuales el consumo de estas sustancias puede traer consecuencias punitivas simbólicas para las personas que lo ejercen; entre ellas el aislamiento sutil, la exclusión o el rechazo. Algunos de los entrevistados, con quienes se sostuvieron conversaciones informales, expresaron que existe un miedo remanente al registro de datos por medio de herramientas de recolección como la del sondeo o la entrevista, los cuales sostienen su veracidad a través del registro audiovisual o escrito. Este miedo los lleva a sentirse prevenidos a la hora de exponer información personal sensible, pues sienten que después puede circular en los espacios colectivos y generar prácticas de exclusión implícita o explícita.

Como reflexión, es primordial que se sigan gestando procesos investigativos y desarrollando mecanismos de recolección de datos que tengan en cuenta el enfoque diferencial, y que reflexionen a propósito de las dinámicas más efectivas para contar con datos e información que reúna las condiciones de validez y confiabilidad necesarias y normalmente aceptadas en la costumbre académica. Esto implica prever sesgos, disonancias y coincidencias, entre lo cualitativo y cuantitativo que, más que revelar contradicciones o deficiencias metodológicas, lo que hacen es poner en evidencia la necesidad de seguir desarrollando procesos de reflexión y discusión en torno a temas que, aunque históricamente dejados de lado en la discusión de la Raizalidad en la ciudad, hoy son insoslayables en cualquier análisis de salud pública.

Esta es una necesidad compleja, pero imperiosa si es que se quiere responder de forma efectiva a las necesidades diferenciales de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá; pues será aquello que permita tomar decisiones informadas sobre cómo generar planes de sensibilización y acción directa para la mejora de la atención en salud y la disminución de los riesgos que al respecto enfrenta la población.

4.3.2 Acceso de los raizales al servicio de salud en Bogotá

De acuerdo con el sondeo realizado a 220 personas raizales residentes en Bogotá, se encontró que la mayoría, es decir el 58,2 % (n=128) ha acudido a su servicio médico en los últimos tres meses, seguido de un 15 % (n=33) que consultó en el lapso de 6 meses a un año. El principal tipo de consulta requerido fue medicina general con el 75,5 % (n=166), seguido por medicina especializada el 43,6 % (n=96), solo un 14,5 % (n=32) informó que recibió consulta por Psicología.

Así mismo, el acceso al servicio es frecuente para la mayoría de la población participante, tanto para consultas con médico general, como con especialistas. No se cuenta con información sobre el motivo de consulta; sin embargo, se evidencia una regularidad en el seguimiento del estado de salud de los raizales, expresado en la alta cifra de consultas y su constancia en el tiempo. No obstante, algunas impresiones obtenidas en los espacios colectivos de recolección de información señalan que muchas personas acceden al sistema cuando los síntomas de algunas patologías se agudizan; generando así diagnósticos tardíos, cuando el detrimento de la salud de los consultantes ya es evidente. Algunas de las razones que dificultan el acceso y sobre las cuales se ahondará más adelante, tienen raíz en brechas de acceso asociadas al racismo, la gordofobia, la frontera lingüística, el índice de pobreza oculta, entre otros.

4.3.3 Percepción de la calidad del servicio en salud de los raizales en el distrito.

En cuanto a la evaluación de los servicios de salud, un 53,6 % (n=166) calificó como bueno el servicio de medicina general, seguido del servicio de odontología que fue calificado en un 40 % (n=88) como bueno. Este porcentaje disminuye al evaluar el servicio de Medicina especializada el cual fue calificado como bueno por un 32,3 % (n=71) y es seguido de una percepción del 30,9 % (n=68) como bueno para el servicio de hospitalización. Se puede observar que la confianza de los participantes a la hora de realizar consultas con los médicos generales es mayor que la que se tiene para el tratamiento de patologías con especialistas, hecho que suele estar asociado a los dos factores que se exponen a continuación.

El primero es la facilidad que se tiene para agendar consultas con medicina general, difiriendo así, de los tiempos promedio que se demora un paciente en obtener atención especializada. Se carece de información para estipular cuánto tiempo tarda una persona Raizal en obtener atención especializada, cifra que podría derivar en recomendaciones específicas frente a las rutas de atención por especialidad en relación con las EPS específicas.

El segundo factor es la carencia de enfoque diferencial en la consulta médica especializada. Entre los problemas que se han identificado al respecto, emergen de nuevo algunos como la brecha lingüística, desinterés por la pertenencia étnica del paciente a la hora de emitir un diagnóstico enfocado en prácticas y costumbres de este, la gordofobia volcada a diagnósticos someros basados en la discriminación por los cuerpos racializados ya sea por el volumen de los mismos o su peso, sin realizar estudios serios respecto al estado nutricional del paciente, entre

otros. Se manifiesta también por los raizales residentes, que en varias ocasiones las consultas con especialistas suelen tener que ser ellos mismos quienes ahonden por su diagnóstico en salud e incluso presionar para la remisión y realización de estudios y exámenes. Lo mismo pasa con el subregistro en los expedientes de ciertos síntomas que los usuarios manifiestan en las consultas, lo que entorpece diagnósticos tempranos y deriva en reprocesos tanto en sus consultas de medicina general como especializada.

4.3.4 Barreras de atención en salud de los raizales en Bogotá

Respecto a las problemáticas para garantizar el acceso y la calidad prestados por el sistema de salud actual, se pudo observar que el 47,7 % (n=105) de los raizales participantes del sondeo, han identificado barreras de atención en la prestación del servicio. La mayoría (87,6 %; n=92) por falta de oportunidad en asignación de citas o remisiones, seguido del 66,7 % (n=70) que tuvieron experiencias negativas en los servicios de salud y finalmente un 18 % (n=19) que vivieron barreras por desplazamiento.

Por otro lado, el 18,2 % (n=40) del total de los participantes ha requerido algún tipo de asistencia, procedimientos o medicamentos en los últimos 6 meses que no hayan sido cubiertos por la EPS a la cual se encontraban afiliado. De estos 40 participantes, el 70 % (n=28) tuvieron que comprar medicamentos de manera particular y el 27,5% (n=11) tomaron de manera particular consultas de médico general o especializado. Al preguntar si tuvieron que realizar algún gasto para pagar servicios de salud, el 50 % (n=20) refirió pagos entre \$100.000 y \$500.000.

A continuación, se desglosan los factores que influyen las brechas de acceso mencionadas y la especificidad de sus implicaciones para el pueblo Raizal residente en la ciudad de Bogotá.

4.3.4.1 Barreras de acceso, atención y detección temprana en salud

Como se pudo observar en el sondeo, uno de los principales problemas en el acceso, está relacionado con las altas demoras en remisión tanto de citas como de exámenes y estudios médicos. Esto, es percibido por las personas raizales residentes en el distrito como una de las falencias más graves, entendiéndose que, sin una atención temprana, la identificación de enfermedades y posibles tratamientos de forma igualmente temprana se hace casi imposible. Problemática que, a decir verdad, muchos señalan como eco de lo que pasa en el archipiélago:

A veces las citas las dan meses después de una sospecha de enfermedad o de un diagnóstico, hay gente que se ha muerto de cáncer, por ejemplo, esperando ser remitida a Bogotá para un tratamiento especializado. Aunque si te das cuenta eso también pasa en Bogotá, no al mismo nivel, pero uno sí tiene que esperar meses para que lo atienda un otorrino o para que le agenden terapia física, ya para cuando uno va a ver en muchos casos lo que sea que uno tenga ya ha avanzado mucho. 33

33. Entrevista semiestructurada. Bogotá. 2023. Julio 3.

Así pues, los tiempos de remisión se hacen vitales para que exista una confianza en el servicio y no se desestime la valía de solicitar las consultas cuando se busca el bienestar de los pacientes raizales a largo, corto y mediano plazo. La percepción de la falta de regularidad de la atención que provee el sistema ha hecho que parte de la población desista de consultar de forma temprana sus síntomas, haciendo que la urgencia hospitalaria como último recurso, se vuelva la primera opción diagnóstica. Esto quiere decir que solo hasta que un síntoma es lo suficientemente potente y preocupante para llamar la atención del consultante es que es posible el diagnóstico o la detección temprana:

Yo la verdad no tengo consultas hace años, primero porque estuve sin servicio médico por un buen tiempo ya que no tenía trabajo y segundo, porque cuando lo hacía era nefasto: las citas se me demoraban como dos meses y se me olvidaba asistir porque ya para cuando me las agendaron, de lo lejanas que me las ponían, no me acordaba. Así que, tristemente sí, yo suelo ir al médico, pero por urgencias o por prioritaria cuando ya me siento muy mal. Sé que no es lo que debería hacer, pero es lo que hago.³⁴

4.3.4.2 Brecha lingüística

Recordar que la primera lengua de gran parte del pueblo Raizal no es el español, sino el Kriol o el inglés, es un punto de partida para comprender las limitaciones existentes en el servicio. Aunque el enfoque diferencial es una apuesta institucional en salud que repercute en las apuestas ejecutivas de las EPS, gracias a esta investigación fue posible observar que el conocimiento y reconocimiento de la Raizalidad y los raizales, respectivamente, es casi nulo en la atención. Esto, repercute en el hecho de que cuando se realizan las remisiones, los médicos, especialistas o profesionales de la salud a cargo de la atención del paciente Raizal, no tienen noción de que el pueblo étnico puede o no ser hablante del español, así que indiscriminadamente se les trata como tal. Así mismo, al tener las personas raizales una fenotipia diversa y ser parte de un pueblo étnico tan poco conocido como el Raizal, algunos no son identificados con pertenencia étnica o se asume que son parte netamente de la población Negra, Afrodescendiente o Palenquera. Tal situación deriva en subregistros de información para la elaboración de perfiles epidemiológicos rigurosos y focalizados para la atención sectorizada por población, además de recrudecer el problema de comunicación médico-paciente. Esto se suma a la carencia de personal de la salud hablante del inglés, elemento que los raizales enuncian como dramático, especialmente para las personas de edad que migran del archipiélago exclusivamente para ser atendidas y cuyo nivel de español es regular.

Por otro lado, algunos raizales enuncian haber sido coaccionados en espacios de atención en salud por el hecho de estar hablando su lengua materna. Esto, además de ser discriminatorio, influye en que el paciente deposite la confianza suficiente en el sistema de salud y, por ende, fractura el espacio de confidencialidad, confianza y seguridad que debería constituir la relación médico-paciente:

A mí una vez me pasó que había ido con una tía al médico, a consulta por una urgencia, estábamos hablando en Kriol, normal, cuando un médico nos puyó por no estar hablando en español delante

34. Entrevista semiestructurada. Bogotá. 2023. junio 10.

*de él. Yo lo que siento es que muchas veces piensan que uno está conspirando contra ellos o quién sabe diciendo qué, eso es ignorancia.*³⁵

Aunado a lo anterior, el hecho de no contar con médicos bilingües o con rutas de atención estipuladas para la atención a población con pertenencia étnica, genera la necesidad de que el individuo Raizal no hispanohablante tenga que proveer algo que el sistema mismo debería proporcionar: intérpretes. Esto recarga económica y emocionalmente al paciente con estas características, ya que su movilidad en Bogotá depende de cuidadores que posean la disponibilidad de acoplarse a los tiempos que el sistema de salud ofrece.

Así pues, la brecha lingüística y su influencia en la generación de un proceso de comunicación eficaz para el buen vivir de la persona Raizal residente en el distrito, deriva en dificultades específicas como:

1. Presencia de obstáculos en la adquisición, comprensión y seguimiento de tratamientos médicos
2. Desarrollo de enfermedades prevenibles
3. Falta de remisión a especialistas por la dificultad comunicativa para registrar bien síntomas, posibles causas y tratamientos
4. Insatisfacción del paciente y evasión de las rutas tempranas de acceso al sistema de atención en salud, como herramienta para el sostenimiento de la calidad de vida del individuo
5. Consecuencias negativas en la salud mental, posibles casos de discriminación por pertenencia étnica o diferencial y revictimización del paciente hablante del Kriol o angloparlante, que migra de forma forzosa para ser atendido en Bogotá por la falta de infraestructuras y especialidades en su lugar de origen

4.3.4.3 Racismo y discriminación corporal a la comunidad Raizal en Bogotá

El racismo es experimentado por las personas racializadas a raíz de mecanismos estructurales, desarrollados en espacios tanto públicos como privados. En términos de salud, una problemática emergente en las experiencias narradas por las personas raizales es el diagnóstico presuroso de ciertas enfermedades y posibles tratamientos, solo por el fenotipo del paciente o sus características corporales, especialmente aquellas que identifican como parte de su afrodescendencia. Los estándares de la normalidad corporal, las cuales proceden de ideales e investigaciones de origen mestizo, han generado visiones universalistas que asocian la normalidad corporal con delgadez o con volúmenes estándares, provenientes de fenotipos del norte global.

Esta violencia ha sido experimentada por las personas raizales, especialmente mujeres, cuando acceden al servicio para consultar cualquier tipo de preguntas o síntomas que experimentan, señalando que los médicos inician y terminan la indagación por el estado de salud del paciente, en el peso de este, cuando en ocasiones la consulta no tiene nada que ver con el asunto. En muchos casos, si él o la paciente son considerados gordos por el especialista o profesional,

35. Entrevista semiestructura. 2023. Bogotá. Junio 22.

simplemente se le recomienda “no comer tanto”, “no comer ciertos alimentos”, sin indagar por los hábitos de la persona o remitirle estudios que indaguen por su estado de salud. Obsérvese la siguiente intervención en uno de los espacios participativos:

A mí me pasó varias veces que me sentí mal en consulta. Mira, mi cuerpo tiene características afro, nos ves y gran parte de nosotras tiene cuerpos grandes. Yo entiendo que el peso tiene unas medidas específicas por altura o lo que sea, el problema está en que el médico no puede asumir de entrada que la cita la pido por algo asociado a mi peso. A veces uno no ha dicho ni media palabra y ya la mandan a tratamiento para bajar. Yo me muevo, hago deporte y como sano, sin embargo, soy así. Entonces me pregunto si el peso y estar enfermo es lo mismo, yo creo que no y eso no es negar que la obesidad es un problema de salud pública, ahora ¿cómo se puede hablar de que ser gorda o grande es ya estar mal físicamente?³⁶

Estudios científicos médicos, con enfoque antirracista, han alertado del problema de diagnósticos equivocados y basados en el prejuicio corporal del peso:

En contraposición a la asociación entre gordura y patología, surgió Health At Every Size (HAES) o Salud en Todos los Tamaños. El enfoque de la HAES no es la pérdida de peso o la dieta, sino que acepta y respeta la diversidad corporal, o sea, defiende que una persona puede estar sana independiente de su peso. Según Contreras (2019), la HAES argumenta que todo lo que pensamos que sabemos sobre la gordura no está basado en hechos actuales - como es el caso del IMC (Índice de Masa Corporal) - pues existen sesgos inherentes al hecho de que la mayoría de los investigadores y también los participantes de las investigaciones han sido hombres blancos, heterosexuales y cisgénero. La HAES usa evidencias e incentiva una formación sólida en nutrición integrando datos de fuentes de salud pública críticas que ayudan a refutar y entender las dañosas ramificaciones que el lema -lo delgado es mejor-. mejor (45)

4.3.4.4 Barrera económica a la comunidad Raizal en Bogotá

Los traslados del archipiélago a Bogotá o la prescripción de medicamentos que se encuentran por fuera del plan de salud, hacen que se incrementen los costos en la atención promedio de las personas raizales. La migración suele ser un proceso que requiere fuentes económicas sólidas; sin embargo, muchos de los raizales que migran ya sea por atención en salud o mejora de expectativas de vida, no suelen contar con recursos suficientes para tener una calidad de vida estable en la capital. Por tanto, cualquier dificultad que se presente en el acceso y ralentice o dificulte el proceso de atención, suele derivar en un peso económico que hace que el Raizal se vea expuesto a situaciones que afectan su economía y por ende su calidad de vida. Aunado a lo anterior, el traslado de pacientes del archipiélago que no cuentan con cuidadores, familia, amigos o red de apoyo en general que residan en la capital, suele implicar un gasto económico que en ocasiones no pueden costear, lo que de por sí imposibilita cualquier escenario para ser atendidos. Si logran acceder a recursos externos para poder trasladarse, pueden generar deudas en función de un derecho que debería garantizárseles: la salud bajo un enfoque realmente diferencial y adaptado a necesidades específicas.

36. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Julio 4.

Así mismo, aunque no existe un índice consolidado de pobreza oculta en población Raizal, como se mencionó en los anteriores capítulos el fenómeno existe y puede tener muchos más afectados de los que se cree. Esta es una brecha que afecta la posibilidad de acceder al servicio ofrecido por las empresas prestadoras, ya que varios no cuentan con recursos para pagar seguridad social como independientes o bien, como puede pasar con algunos jóvenes raizales que migran para poder continuar sus estudios universitarios, sus recursos se ven limitados a poder sostener su cotidianidad en la capital. Esto es un llamado de atención de nuevo, a generar registros sobre la situación económica del pueblo Raizal y los posibles subregistros existentes sobre su estratificación.

4.3.4.5 Salud mental y población LGBTI

Para el caso Raizal, la salud mental y la población LGBTI comparten un subregistro de información importante, que ha impedido hacer diagnósticos sobre las brechas de acceso al sistema de salud y la posible generación de rutas diferenciales para ambos campos. En el caso de la salud mental, existe reticencia a hablar del tema, pues sus afecciones son percibidas como un defecto moral más que como un problema de salud, según algunos de los residentes raizales en Bogotá; percepción que señalan, proviene de las dinámicas sociales del archipiélago. Trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, entre otros, fueron señalados en espacios informales de recolección como tópicos de difícil reconocimiento para la etnia. La "locura", como figura moral de prejuicio de carácter sustantivo frente a trastornos mentales, suele verse como producto de malos hábitos, carencias en las formas de crianza o ausencia de una práctica espiritual sólida.

Por estas razones, los diagnósticos de patologías mentales suelen darse de forma tardía cuando los síntomas experimentados afectan la cotidianidad, calidad de vida y entorno del afectado. La falta de confianza en el tratamiento psiquiátrico o la terapia psicológica como método, tiene efectos psicosociales e individuales de gran envergadura, que deben ser tratados con rigurosidad científica, tanto cualitativa como cuantitativa. Representativamente, en el sondeo y los procesos colectivos e individuales de recolección de información, son pocos los que hacen uso de herramientas o servicios psicológicos como posibles potenciadores de su calidad de vida. El miedo a ser tratados como "locos" y ser juzgados bajo el prejuicio que esto conlleva, así como el miedo a que se viole la intimidad de su proceso de terapia, son algunas de las mayores problemáticas de la brecha de acceso.

Por otro lado, no existen cifras actualizadas de cuánta población perteneciente a la comunidad LGBTIQ+ Raizal existe en el distrito. Esto también tiene que ver con el contexto religioso y moral del archipiélago, donde el cristianismo tiene protagonismo, hecho que evidencia que este grupo ha sido históricamente discriminado por diversas vertientes ideológicas o teístas. No obstante, las personas entrevistadas para el ACCVSyE enunciaron que, a diferencia de la ciudad de Bogotá, en el archipiélago las prácticas y discursos discriminatorios tienen una validez social mucho mayor. Si bien se han experimentado cambios positivos para la comunidad en este sentido, según algunos raizales se sigue ejerciendo un juicio a las personas que hacen parte de la disidencia sexual, al punto de que varias de ellas migran a la zona continental con el fin de vivir su sexualidad en el anonimato.

De hecho, aunque no se mencionó a título personal por parte de ninguno de los participantes, se tiene conocimiento de que los individuos raizales pertenecientes a la diversidad mencionada hacen una separación entre los escenarios públicos y privados donde pueden o no manifestar libremente su identidad sexual o de género. El miedo al rechazo y la proliferación de rumores o juicios hacen que el tema en cuestión no se pueda abordar con libertad por medio de las herramientas de recolección con las que se cuenta. Esto es una alerta para poder pensar formas efectivas de registro, mediante las cuales se puedan atender las necesidades de esta población y lograr una perspectiva más aproximada a su real situación actual en la ciudad.

4.3.5 El Centro de Escucha Raizal y su trabajo por la reducción de brechas de acceso al servicio de salud

El centro de escucha Raizal fue creado como producto de las *Iniciativas Raizales en Salud*, con proyección del 2014 al 2018. Su objetivo era y sigue siendo la reducción de las brechas de acceso en atención en salud por parte del pueblo Raizal residente en la ciudad de Bogotá. Este, constituye una piedra angular para la etnia en términos de la construcción de mecanismos de garantía al derecho y la construcción de rutas y dinámicas sólidas que promuevan la salud, calidad de vida y bienestar de los raizales. Se reconoce a los referentes que han hecho parte del centro de escucha desde el inicio de su ejecución en el año 2019, como actores de cambio, cuya labor ha impactado positivamente a la comunidad: Derwin Dirk Forbes Jay (odontólogo), Andrea Camila Cuervo Piñeros (psicóloga) y Melody Mary Lever Hawkins (enfermera); así mismo, los Gestores raizales Luciana Margarita Williams Dilbert, Allan Tovar Orozco y Valeria Alejandra Holguin Newball. Todos miembros de la Comunidad Raizal, miembros de ORFA y avalados por la organización para ejercer como profesionales y gestores.

Es de exaltar que las dificultades en acceso a salud que se desarrollan analíticamente en el ACCVSyE, coinciden con aquellos identificados en los seguimientos presenciales y/o telefónicos de casos que ha hecho el Centro de Escucha Raizal a corte de Julio del año 2023. Resaltan las falencias en acceso al servicio, expresada en la dificultad de agendar citas, procedimientos y obtener medicamentos. Así mismo la falta de enfoque diferencial y la brecha lingüística en la atención, la necesidad de captación de población Raizal en el distrito, la premura que precisa la atención a raizales y cuidadores que se trasladan a la capital para acceder al servicio y el fenómeno de pobreza oculta, cuyo efecto en la nutrición es visible, son algunas de las problemáticas más frecuentes encontradas por el Centro de Escucha y el equipo ACCVSyE.

4.4 Prácticas etnomédicas mari-territoriales



Las prácticas etnomédicas mari-territoriales son fundamentales para entender la construcción de salud y cuerpo para el pueblo Raizal. Si bien no se puede hablar de un sistema etnomédico radicalmente diferente al conocido como alopático occidental, existen usos y costumbres diferenciales con los que el pueblo Raizal robustece y construye su episteme respecto al buen vivir.

Esta construcción está totalmente vinculada con la geografía del maritorio, el ecosistema insular y la historia del archipiélago.

4.4.1 La religión y su incidencia en la salud Raizal

La religión constituye una de las formas en las que las personas raizales han significado y cimentado su identidad. Anteriormente en el texto se evidenció someramente la afiliación religiosa del pueblo étnico, es hora de hablar de la asociación de la misma al campo de la salud.

Se percibió durante el desarrollo de esta investigación que la fe religiosa supone un potenciador de salud, ya que es gracias a esta que se desarrollan mecanismos psicosociales que contribuyen a enfrentar estados de enfermedad. Los servicios religiosos y cadenas de oración, suelen ser espacios que posibilitan la congregación de personas e intenciones, en ocasiones, enraizadas en el propósito de favorecer la salud de un familiar o miembro de la comunidad que se encuentra padeciendo alguna patología. Esto genera principalmente la movilización de la plegaria y el contacto con el ser supremo, único que, en su omnipotencia, puede generar un proceso de curación total desde su divina voluntad. Asimismo, el espacio colectivo también proporciona la generación de redes de apoyo para los allegados más cercanos de la persona enferma y por supuesto, también para esta. Depositar la fe en lo trascendente, descarga al doliente y le permite tener esperanza sobre los sucesos venideros.

Es importante hacer el inciso de que, aunque algunos raizales no practiquen o compartan la doctrina religiosa, pueden participar de servicios religiosos en función de la salud, con el fin de nutrir la red de apoyo que genera la congregación. Hecho compartido en otros escenarios de investigación donde se rastrea que "la participación religiosa parece poseer un efecto protector del bienestar emocional y físico. El afrontamiento religioso, comparado con otros tipos de afrontamiento, se observa como particularmente beneficioso ya que colabora en situaciones vitales negativas o estresantes tales como enfermedades y/o duelos por pérdida de seres queridos". (46)

Otro efecto que suele tener la religión bautista, protestante, cristiana, adventista o católica en el individuo y colectivo Raizal, está en consonancia con el control social que proviene de esta, especialmente en el archipiélago. Prácticas que son interpretadas como moralmente reprochables, suelen también entenderse desde la religión como focos de enfermedad espiritual y física. El pecado como figura, suele tener una importancia colectiva de gran envergadura. Los actos nocivos, bajo dichas lógicas religiosas, serán juzgados al final de la vida del individuo o en el momento culmen del apocalipsis, lo que deviene en perspectivas conservadoras del buen vivir para algunos raizales, que no solo favorecen a la vida social si se ejecutan, sino que también lo hacen en el cuerpo y en el alma.

La noción del vicio concebido como un mal hábito que tendrá consecuencias en el plano material e inmaterial es vital para entender que la construcción del prestigio del Raizal se ve mediada por la moral religiosa. Entre algunos de los hábitos identificados y percibidos como fuente de enfermedad está el consumo de sustancias psicoactivas, la interpretación de algunas

moralidades sexuales como un elemento potencialmente cuestionable, entre otros. En el caso de enfermedades mentales, algunos de los participantes de la investigación, señalaron que existe una perspectiva generalizada en el archipiélago de que estas son productos de malos hábitos, producto de "no tener a Dios en el corazón":

Es que uno cómo va a hablar de lo que siente o lo que le pasa si uno ha visto lo que pasa allá: si alguien tiene esquizofrenia, depresión o se lesiona o suicida, recae el peso del juicio no solo en la persona sino en la familia; por eso pasan muchos años para que alguien pueda recibir atención y la familia se tome el problema en serio y no lo oculte. Es que se vuelve un problema religioso, es por no tener a Dios en el corazón, piensan. Es más, si tú vas allá y te llevan al cuarto piso del hospital (que es donde tratan todo eso de lo mental), a veces salen los mismos enfermeros y psicólogos a hablar de uno y a regar el chusmerío por toda la isla, cómo va a confiar uno en tratarse esas cosas allá.³⁷

Tanto con la transculturalidad que se vive en la isla, como con el flujo migratorio Raizal a otras geografías continentales y su consecuente transformación de los marcos históricos de referencia para entender la literalidad de la palabra de Dios (expresada en la biblia como epítome de su manifestación), han devenido cambios conceptuales intergeneracionales en su interpretación. Esto, sin duda, ha llevado a muchos jóvenes raizales a pensar su vinculación religiosa desde su configuración individual de sujeto, más que desde la interpretación que provee el contexto colectivo insular. Lo anterior, ha significado para muchos una ruptura con prácticas del archipiélago que perciben como limitantes:

En las islas tú no puedes hacer nada sin que todo el mundo se entere, el chisme corre Yo la verdad amo la isla, pero definitivamente el control que hay, a mí personalmente, me ha afectado mucho. Siento que no puedo ser libremente, me siento juzgado todo eso también tiene que ver con la religión, todo el mundo habla de todo el mundo, queriendo imponer eso; es muy difícil estar tranquilo con la mirada del otro encima. Otra cosa que pasa es que tienes que hacerte el fuerte, no te pueden ver débil, por eso tú vas a ver y ocultan muchas cosas.³⁸

Estas circunstancias hacen que muchas de las prácticas que los individuos ejecutan, se encuentren confinadas al espacio privado. En lo público, entendido como los espacios del archipiélago o los espacios continentales de reunión o congregación de raizales, aquellos que tienen prácticas que pueden ser juzgadas por la moral religiosa, prefieren evitar que su vida personal o sus hábitos sean conocidos por sus pares étnicos. Lo anterior, implica una reflexión profunda sobre el hecho de que los datos proporcionados gracias al análisis cuantitativo del que se sirvió esta investigación entran en disonancia con aquella información cualitativa que se obtuvo en espacios íntimos de recolección, basados en la conversación.

Así, entre los datos en los que se aprecia tal contradicción, se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas, neurodivergencias, patologías mentales, disidencias sexuales, entre otros. Aunque la ejecución de los instrumentos metodológicos tuvo como principio ético el anonimato, los contenidos obtenidos como resultado de la encuesta disienten por cifra, de aquellos que emergieron en las entrevistas. En espacios informales, varias personas manifestaron que hubo preguntas que no se sintieron cómodas respondiendo con total sinceridad.

37. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Junio 28.

38. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Julio 10.

El recelo que se tuvo por parte de la gran mayoría de participantes para ahondar en los temas mencionados previamente refiere la dificultad que existe para hablar de ellos a nivel individual y colectivo, producto de la moral religiosa que perciben como un factor desde el cual potencialmente pueden ser juzgados. Así se explica la deficiencia de información actualizada, que brinde insumos para integrar en términos de política pública a población étnica Raizal que a nivel individual presente ciertas divergencias o disidencias, no reconocidas tradicionalmente dentro de la Raizalidad.

4.4.2 El maritorio y la salud Raizal

Como bien se expuso en capítulos anteriores, el maritorio envuelve en sus significados un fuerte vínculo con la salud. El bienestar psicológico, corporal y espiritual que genera, se disgrega en una serie de prácticas que convierten al mar en una fuente medicinal o incluso, en la misma medicina. A continuación, se describen algunos de los actos en los que se manifiesta la concepción Raizal del mar como ente sanador.

Se puede decir que el mar hace parte de los primeros entornos con los que los raizales, nacidos en la isla, interactúan una vez llegan a este mundo. Esto no solo tiene implicaciones en la forma en la que se construye la episteme Raizal, sino que moldea cuerpos del y para el maritorio. Un contexto que históricamente ha enfrentado las vicisitudes propias de las áreas insulares como maremotos, huracanes, oleajes agrestes, entre otros. Estos elementos configuran la noción de la necesidad de un cuerpo formado. Por tanto, la fortaleza es un bien de valor para el pueblo Raizal, uno que se manifiesta en prácticas ejecutadas hacia la primera infancia, como enterrar a los niños en el área limítrofe mar-arena, de pies a cadera. Lo anterior, con el fin de desarrollar habilidades para caminar en los infantes que tienen dificultades para hacerlo, por medio del fortalecimiento de las extremidades y músculos inferiores (13)

Aunado a lo anterior, se tiene conocimiento que el mar tiene dos formas de sanar patologías respiratorias como la bronquitis, rinitis, enfermedades respiratorias por carga viral o bacteriana, entre otras. La primera, tiene que ver con la extracción de agua salada para el consumo por medio de gárgaras. Se presume que, entre las bondades de esta salinidad, está expulsar todo tipo de microorganismos o infecciones que se alojan en la garganta y la cavidad bucal y que tienen como consecuencia algunas enfermedades respiratorias. La segunda forma en la que el mar puede proveer salud está asociada con la acción de sumergirse en él. Al entrar al agua, el o la afectada por dificultad respiratoria, encuentra la posibilidad de expulsar aquello que le aqueja. Esta expulsión es posible gracias no solo a las características sedimentológicas, geológicas y ecosistémicas, sino que también hace parte del proceso, la construcción en algunos casos antropomórfica del mar, como un espacio ritual que ejerce voluntades sobre quienes lo contactan.

Enfermedades que también encuentran en el mar la posibilidad de ser aliviadas o eventualmente erradicadas, son las articulares y musculares degenerativas. Entre ellas están la artritis, la artrosis y la poliomielitis. Se presume que, sumergiéndose en el agua, se puede ayudar a revertir algunos de los síntomas que se experimentan, generando desarrollos articulares y en

la fibra muscular, fortaleciendo y estimulando así, tanto órganos, como el sistema inmunológico. Sin embargo, se carece información detallada sobre cómo desde la episteme Raizal se entiende el funcionamiento de tal proceso de curación.

Cabe la pena resaltar que existen múltiples estudios que han reparado en el mar como espacio terapéutico. Esto establece un vínculo entre la práctica etnomédica Raizal asociada al mar y los conocimientos alopáticos occidentales, que aún se encuentran explorando los beneficios del mar en la salud, abriendo así campos de estudio y profundización de un diálogo intercultural en la materia. Entre algunos de los hallazgos parciales que se han encontrado, está que:

...el agua de mar resulta una terapia complementaria útil en cuadros anémicos, de bajo costo, accesible y sin efectos colaterales. Los modelos experimentales demostraron que el agua de mar actúa positivamente en los parámetros hematológicos comprometidos en el desarrollo de estados anémicos, mantiene el pH alcalino, lo que facilita la absorción de vitaminas, minerales y nutrientes. El agua de mar compensa la pérdida de los elementos CuP y ZnP, elementos esenciales e íntimamente ligados al sistema inmunológico, adicionalmente restauró la fragilidad capilar y daños dérmicos manifestados en los grupos experimentales (47)

Finalmente, hay beneficios que conectan la espiritualidad y el mar de forma directa. Algunas prácticas maritoriales sugieren que sumergirse en el mar tres veces en semana santa contribuye a aislar energías negativas, dolencias, pesares y cargas para el o la afectada que tome la iniciativa de realizarlo (13). La potencia de la semana santa está relacionada con creencias religiosas respecto a la pasión, muerte y resurrección de cristo, elementos que hacen parte del epicentro conceptual y espiritual en el archipiélago. Este periodo del año implica un contacto superior con Dios y la percepción de su incidencia sanadora en la vida del Raizal.

4.4.3 Prácticas botánicas de curación

Las prácticas botánicas hacen parte de las costumbres raizales que más se han conservado a lo largo de los años en las islas. Suelen utilizarse como tratamiento de enfermedades o malestares de mediano o bajo nivel. Se tiene conocimiento de 39 familias de plantas que se usan con diversos fines, entre los cuales se encuentra el alivio de malestares o enfermedades del hígado, respiratorias, estomacales, infecciones oculares, inflamaciones en los riñones, cólicos menstruales, entre otros. A continuación, algunas de las plantas que han sido identificadas por estudios botánicos como de uso frecuente en el archipiélago (48)

Tabla 15. Plantas Utilizadas para el tratamiento de Enfermedades

PLANTA	USO
Wild cassava	Desinflamatorio se aplica en compresas calientes en zonas afectadas
Manga	utilizada para el trabajo con patologías de carácter respiratorio, alta presión, fiebre,
Orégano	utilizado para dolencias relacionadas con el estómago

PLANTA	USO
Hog doctor	utilizada para el tratamiento de enfermedades renales
Hog plum o ciruelo calentano	tratamiento de diarrea, diurético o como astringente
Anón o Sugar Apple	contra gripes o padecimientos estomacales
Milkweed	usada especialmente para el tratamiento de padecimientos de corte hepático.
Cassava Blossom usada	alivio de cólicos, diarrea, entre otros

Fuente: Libro las Plantas y sus usos en las Islas de Providencia y Santa Catalina. Junio 2018

Aunado a lo anterior, como bien lo afirma el ASIS Raizal 2020, la botánica no ha sido sustituida por la medicina occidental alopática. Por el contrario, las plantas han sido usadas desde centurias para tratar dolencias, fortaleciendo su percepción como una fuente confiable para el sostenimiento de la salud y la vida en el archipiélago. Cabe la pena resaltar que su relevancia no ha decaído frente a la deficiencia de la atención en salud que viven en la isla, sino que frente al panorama se ha convertido en un bastión de resistencia y conocimiento con relevancia etnomédica, social, económica y cultural.

Por su parte, los migrantes pueden sostener sus prácticas botánicas en la capital, debido al fácil acceso a algunas de ellas.

Las plantas más utilizadas y de fácil acceso en Bogotá son: "Man to man", "anamú", "moringa" y "cabe" para el tratamiento del asma, "Anamú" como anti inflamatorio y desoxidante, "Matarratón" para disminuir síntomas de la varicela, el "Noni" para aliviar dolor en las articulaciones, el "Orégano" para tratar dolor de oído y cabeza, "sábila" para el tratamiento de la gripa, "yerba mora" para la dermatitis atópica y las "hojas de guayaba" para regular los niveles de azúcar en el organismo y limpiar vías urinarias (2).

Los raizales que hicieron parte de la investigación señalaron que el mantenimiento de los saberes botánicos suele estar asociado a la transmisión de conocimiento por parte de las figuras de cuidado femeninas. Las abuelas, las madres, las tías solían emerger a la cabeza del sostenimiento y enseñanza de los beneficios que contienen las plantas. Préstese atención a las siguientes afirmaciones de los espacios participativos:

Sí, las plantas es algo que seguimos usando. Claramente allá se usan mucho más y hay variedad, pero acá también se pueden conseguir algunas como el orégano o el matarratón. Si yo tenía algún dolor de estómago que me aquejaba o gripa, me las hacían en infusión y así, sobre todo mi abuela es la que sabe un montón de eso. Mi mamá en la casa sigue utilizando las plantas, sobre todo las que tienen acá; aunque son diferentes, ella dice que mantienen los beneficios. En las islas se siguen usando un montón, allá en San Andrés, no nos faltaban. Igual si a uno le pasa algo acá, siempre puede llamar y que le recomienden qué se necesita.³⁹

Otro factor interesante para pensar en el sostenimiento y reproducción de estos saberes es que suele percibirse que el conocimiento de las fuentes herbarias y botánicas de curación,

39. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Julio 12.

tratamiento y sanación, como saberes de transmisión intergeneracional por línea matriarcal, depositando así en las mujeres raizales la responsabilidad de su praxis y enseñanza:

Eso es más por la línea matriarcal; la mamá se la pasa a la hija y así: Todavía hay unas que todavía utilizan sus remedios⁴⁰

Actualmente, se está realizando un esfuerzo por el sostenimiento de las prácticas botánicas raizales en la ciudad de Bogotá como resultado de las reflexiones obtenidas gracias a la elaboración del ASIS Diferencial Raizal previo. Esto ha dado como resultado el robustecimiento de estrategias como la capacitación para personas raizales en huertos urbanos y la producción de materiales pedagógicos para la preservación de los usos y costumbres asociados a las plantas.

4.4.4 Prácticas extintas de la salud Raizal

Finalmente, a partir de algunos de los relatos de personas raizales residentes en la ciudad de Bogotá fue posible recolectar información de alto valor respecto a prácticas de sanación y curación desaparecidas en el archipiélago. Entre ellas, los sobanderos o sanadores emergieron como personas que ejercían oficios no especificados para el tratamiento de enfermedades en las islas. Quienes enunciaron su existencia, atinaron a ubicarles temporalmente desde el temprano siglo XX hacia atrás. Los pocos raizales que proporcionaron esta información no especificaron cómo se ejecutaban estas prácticas o cuál era la cosmovisión tras ellas, pero se sabe que eran utilizadas especialmente para mejorar esguinces y algunos dolores corporales. Con todo, se carece de historiografía que confirme cómo se configuraban estas figuras en la sociedad Raizal o la naturaleza social de su procedencia.

Sin embargo, es importante señalar que estas prácticas de sanación no desaparecieron por la acción religiosa, toda vez que por mucho tiempo permanecieron paralelamente junto a las diferentes denominaciones espirituales que fueron emergiendo y que aún permanecen en las islas. Por el contrario, su desaparición parece ser una consecuencia directa de la presencia y posicionamiento cada vez mayor de la medicina occidental al interior del archipiélago. Lo mismo sucedió con la partería, que fue eclipsándose poco a poco por la obstetricia y por la muerte paulatina de las parteras. Estos factores contribuyeron a que, infortunadamente, no fuera transmitida de generación en generación ni se posicionara como práctica propia, tal como sucede aún en algunas regiones del pacífico colombiano.

En este sentido, la partería se sitúa como la principal práctica etnomédica desaparecida de la cual se tiene registro. Esta solía tener protagonismo hasta la mitad del siglo XX, cuando pierde relevancia y los partos empiezan a darse por vía de atención hospitalaria. La instauración de la idea de que la partería era una práctica riesgosa e insalubre empezó a arar el camino para su desaparición como práctica étnica de confianza y valía médica para la sociedad Raizal. Algunos raizales residentes en Bogotá señalan que sus abuelos o padres alcanzaron a nacer gracias a parteras y parteros; aunque la mayoría de ellos se encuentran en la tercera edad o ya fallecieron, por lo que sitúan la pérdida de la práctica hace aproximadamente 70 años.

40. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Junio 14.

Frente a la partería y el proceso antes, durante y después del nacimiento, una investigación que recuperó algunas especificidades de la ejecución por medio de relatos de sabedoras de la isla señala lo siguiente:

El niño nacía en la casa y el parto era dirigido por una partera. La familia debía avisar con anticipación a la partera sobre la fecha de nacimiento del niño para que esta se prepara para el momento. No era frecuente que el parto se complicara y de ser así era la partera quién manejaba la situación. Mientras el parto transcurría, los familiares debían asegurarse que en la casa no hubiese huecos por donde pudiese entrar el viento porque se pensaba que en caso de que la madre o el bebé lo recibieran se enfermarían. Ni la madre ni el bebé podían salir de la habitación después de los primeros 10 días del parto. El día 10 a la madre se le hacía un baño con 7 plantas diferentes que eran hervidas. Después de este baño la madre ya podía salir de la habitación. Las madres no podían entrar a la cocina sino después de 3 meses del parto debido a que era considerada impura porque la herida aún le sangraba. La razón por la que las madres no salían de sus casas durante tres meses es porque se pensaba que los huesos que se habían abierto durante el parto tomaban tres meses para reacomodarse [sic] en su lugar. Hasta después de dos años no se debía tener hijos nuevamente (49)

Frente a relatos específicos recolectados para la presente investigación, resalta otra perspectiva según la cual, la partería fue tecnificada por la influencia de médicos con formación extranjera, tanto raizales como europeos, quienes se enriquecían con los conocimientos de las parteras de las islas al tiempo que aportaban saberes médicos que habían recolectado gracias a su formación en la medicina moderna occidental. Así pues, la partería habría constituido en sí misma una escuela para las aspirantes raizales, quienes posteriormente ejercerían como profesionales de la salud en las infraestructuras hospitalarias de segunda mitad del siglo XX:

Otra cosa que no sé si conocen, es que en San Andrés y Providencia existieron por mucho tiempo las parteras que aprendían de la mano de los médicos raizales como Phillip Francis; Phillip Livingston e incluso un doctor europeo sobre el que hay mucha leyenda; es uno que se llamaba Hermann Titch, que siempre estaba acompañado por una partera: Josefa de Taylor. Inclusive, todos podríamos hablar del protagonismo de las parteras quienes tenían práctica por traer niños al mundo. Incluso las auxiliares de enfermería que se fueron formando en el hospital Santander adquirieron muchos de sus conocimientos gracias a las parteras.⁴¹

Las posiciones encontradas en fuentes primarias y secundarias respecto al ejercicio de la partería como práctica etnomédica Raizal son disímiles, así como las razones atribuidas a su desaparición. Mientras algunas personas argumentan su extinción como producto de la adquisición de saberes de inocuación y salubridad de carácter médico alopático occidental, los cuales reducían exitosamente los riesgos de mortalidad del bebé y la madre en el parto, otros sugieren que la pérdida de la partería supone la imposición de los conocimientos mestizos continentales sobre los raizales:

Para mí sí representa una pérdida importante de conocimiento. Mis abuelos nacieron con partera. Eso dejó de hacerse cuando llegó el primer hospital al archipiélago, la gente les cogió miedo a los supuestos riesgos del parto en casa. Yo no digo que no hay, pero cuánta gente nació así...Además en San Andrés hace años que no se da un parto por vía natural, todo lo mandan a cesárea, eso es gravísimo porque es violento, sin conocer la condición de la paciente. La salud se volvió un negocio.⁴²

41. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Junio 14.

42. Entrevista semiestructurada. 2023. Bogotá. Julio 1.

Así pues, se tiene conocimiento de posturas diversas dentro de la misma etnia, respecto al valor de la pérdida de ciertas prácticas etnomédicas o rituales, relacionadas con el parto o la muerte, lo que permite plantear posibles líneas de estudio, que aborden tensiones epistémicas y reflejen la diversidad de pensamiento que puede existir al interior de las comunidades étnicas. Esto refleja la configuración y percepción de la identidad como un proceso móvil y basado en la diferencia existente en los individuos pertenecientes a una colectividad con pertenencia étnica.



Conclusiones

Siguiendo lo expuesto a lo largo del capítulo, se concluye que respecto al contexto de salud que enfrenta el archipiélago, existen falencias sistémicas asociadas con infraestructura para la atención, la carencia de capital humano como médicos especialistas y de tecnología de punta, entre otros. Esta problemática, incide de forma directa en el fenómeno migratorio de raizales a la ciudad de Bogotá, quienes precisan realizar el traslado a diversas locaciones continentales, con el objetivo de que sean atendidas sus enfermedades, dolencias y patologías complejas. Por tanto, la conexión la precariedad del sistema de salud en lo insular, tiene un papel protagónico en la forma en la que se configuran las necesidades en salud y calidad de vida de los raizales que habitan la ciudad de Bogotá.

Estas necesidades se ven enmarcadas en la ausencia de un enfoque diferencial que tenga en cuenta las brechas para el acceso en salud como lo son la frontera lingüística, el racismo o discriminación, la pobreza oculta, la inoperatividad del sistema y la desconfianza sobre el mismo, entre otras. Tener presentes los anteriores factores como impedimentos para el acceso al servicio ofrecido por las empresas prestadoras, es vital para comprender posibles rutas de acceso, sensibilización, captación de personas y alianza estratégica, que se puedan movilizar y gestionar en función de garantizar el derecho a la salud del grupo étnico.

Por otro lado, una conclusión significativa es la necesidad de apuestas en salud que vinculen las necesidades específicas del pueblo Raizal, sin asumir que su diferencialidad responde a las mismas urgencias de otros pueblos étnicos del territorio nacional con residencia en el distrito. Así pues, es una prioridad seguir investigando sobre los retos en salud de carácter sociocultural Raizal, los cuales arrojan datos que muchas veces son descartados por el ojo inexperto, pero que tienen repercusiones específicas en el subregistro de temas como salud mental y atención a población LGBTIQ.

Finalmente, se concluye que, aunque no existe un sistema etnomédico sólido entendido desde la Raizalidad, las prácticas botánicas y etnomédicas como dispositivos históricos mediante los cuales los raizales hacen pervivir su episteme maritorial e insular, son vitales para el sostenimiento del buen vivir del Raizal residente en la ciudad Bogotá. El fortalecimiento e incentivo para que se sigan cultivando los saberes, usos y costumbres botánicos por parte de los raizales que habitan la capital, debe seguir haciendo parte de los esfuerzos ejecutados para el mejoramiento de sus condiciones de vida. A través del arraigo generado con la transmisión de conocimiento y su respectiva praxis, se puede fortalecer la construcción de territorialidades raizales no maritoriales, que hagan de lo herbario una forma de sostener el vínculo con lo insular y simultáneamente, generen nuevas formas de entender el ejercicio de la Raizalidad en contextos urbanos continentales.

5. Conclusiones y recomendaciones



En este capítulo se presentan las conclusiones más relevantes que emergen de los análisis descritos en los capítulos I al IV. Se destacan los elementos que explican los procesos de salud y enfermedad de la comunidad Raizal en Bogotá a partir de las categorías analíticas epidemiológicas, socioculturales y de conceptos y prácticas en salud definidas. A partir de las bases de información disponibles sobre la población Raizal y de espacios participativos donde se recolectó información primaria, se pudo establecer una caracterización del pueblo en el distrito, pasando por su modelo de ocupación territorial, condiciones de morbilidad, hasta explicar su historia como pueblo, los elementos socioculturales más importantes y los vectores sociales que se relacionan con su salud-enfermedad. Esto permitió un entendimiento de lo Raizal en el distrito desde el abordaje de la complejidad de su situación en salud.

A lo largo del presente acápite, se exponen una serie de sugerencias derivadas del proceso de análisis de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad del pueblo Raizal. Estas recomendaciones se encuentran dirigidas principalmente a la Secretaría de Salud. Sin embargo, la naturaleza de la información recolectada pone de presente la necesidad de realizar un trabajo intersectorial y articulado con entidades distritales, sociedad con pertenencia étnica Raizal e institucionalidad general en su conjunto.

Es importante mencionar que el análisis demográfico y epidemiológico se efectuó a partir del listado censal constituido por ORFA, lo cual implicó que se presentaran algunas limitaciones en la calidad de la información registrada. Esta fuente, sin embargo, posee una alta confiabilidad dado que la promulgación de estos datos surge de procesos autónomos de la comunidad Raizal en Bogotá. Bajo este panorama, es importante referirse a posibles oportunidades de mejora en la captación de datos de los pobladores censados para la Organización y para la institución en materia de enfoque étnico Raizal en el levantamiento y manejo de la información. Esto permitiría ampliar el panorama de salud-enfermedad al abrir la posibilidad de exploración de datos no incluidos en este documento.



Conclusiones

Los raizales son un pueblo originario de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, producto del mestizaje de las culturas afro-anglo-antillana que desde finales del siglo XX viene en un proceso de organización por el reconocimiento estatal de su identidad Raizal. El reconocimiento de la pertenencia étnica del pueblo étnico en cuestión se da para aquellos nacidos dentro o fuera del archipiélago, siempre y cuando compartan el linaje que constituye la ancestría Raizal. Esto implica que la Raizalidad se puede experimentar tanto en el maritorio, la forma de nombrar el conjunto de relaciones sociales propias que se dan en el archipiélago, como en otras territorialidades. Es este el caso del distrito capital, donde a corte de mayo de 2023, se estima que 1.911 personas pertenecen a la comunidad Raizal.

A nivel distrital, la población Raizal presenta una distribución territorial dispersa, con presencia en todas las localidades excepto Sumapaz, tal como se ha evidenciado en caracterizaciones efectuadas en años anteriores. Se concentra principalmente en las localidades de Engativá, Suba, Usaquén, y en el presente análisis se observó un aumento de la concentración poblacional en localidades como Kennedy y Bosa. Con respecto a la masa poblacional, entre los años 2020 y 2023 se produjo un aumento del 141,6 % según el listado censal de ORFA. De acuerdo con el análisis realizado, este hecho es de origen multivariado y obedece en gran parte a la migración de pobladores desde el territorio insular en aras de mejorar condiciones de salud, educativas, económicas y ambientales. La segunda parte de la explicación responde al aumento en el registro y captación de información por parte de ORFA.

Los raizales en el distrito ha aumentado de manera substancial (141,6 %), con respecto a la población censada por ORFA durante el año 2020, y 80,28% frente a lo descrito por el CNPV del año 2018, lo que conlleva a prestar particular atención a sus dinámicas sociales, acceso a servicios de salud y calidad de vida al interior del territorio distrital, dado que conlleva a un aumento de la demanda de bienes y servicios, un intercambio cultural y la necesidad de generación de planes para garantizar la inserción y desarrollo de los nuevos pobladores al interior del distrito. Este hecho, es de origen multivariado y obedece en gran parte a la migración de pobladores del territorio insular en aras de mejorar condiciones de salud, educativas, económicas, y ambientales, descritas ampliamente en los capítulos 1 y 2, así como al aumento en el registro y captación por parte de ORFA.

En cuanto a la composición y estructura demográfica, se identificó que el grueso de la población está constituido por jóvenes y adultos, con una marcada reducción de la población infantil y adolescente. Este evento posiblemente se encuentra relacionado con factores asociados a la inmigración, pues quienes ingresan a la ciudad son principalmente población económicamente activa, que se encuentra en la búsqueda de un mayor nivel educativo, laboral y de acceso a salud; hecho que se corresponde en buena medida con la aspiración social de la vida Raizal en el distrito y que los convierte en los factores más importantes de desplazamiento y migración

desde el archipiélago. Adicional a esto, existe un importante número de individuos provenientes del archipiélago que arriban al distrito convirtiéndolo en su lugar de residencia permanente.

Con base en el análisis de otros indicadores demográficos, se observa que la comunidad se encuentra en las puertas de un proceso de envejecimiento; lo que se traduce en la reducción gradual cifras de natalidad y fecundidad, y aumento en los índices de vejez y envejecimiento. Este hecho se encuentra en relación directa con el proceso de transición demográfica que experimenta la comunidad Raizal, que no dista del panorama local y nacional. Por otra parte, la esperanza de vida de la comunidad va en aumento, lo que refleja una prolongación del estado de bienestar y de la vida de los raizales en la ciudad de Bogotá, advirtiendo sobre el posible aumento en la demanda de los servicios de salud en esta fracción poblacional, es decir, patologías crónicas y enfermedades propias de este grupo de edad, y en contraste con esto una menor fuerza laboral, o dicho, en otros términos, menos personas en edad de trabajar. Se observó de manera particular, que las mujeres raizales residentes en Bogotá poseen un nivel educativo superior y su vida reproductiva es máxima después de los 30 años, comportamiento diferente a lo que se observa a nivel distrital, esto evidencia el cambio en las expectativas de vida de la mujer, donde priman el tener un mejor nivel educativo y un mayor posicionamiento dentro del mercado laboral.

Los raizales tienen una dinámica migratoria compleja, ya que, se identificaron patrones de movilidad tanto nacionales como internacionales. En mayor medida provienen del territorio insular, seguido de departamentos como Bolívar y Cundinamarca. Por otro lado, se registró una pequeña fracción de la comunidad que se reconoce como víctima del conflicto armado con mayor protagonismo del grupo femenino sobre el masculino.

En lo referente a cobertura en salud, se apreció que el 99,4 % de la población pertenece a algún régimen de afiliación, con mayor representatividad en el régimen contributivo, indicando que la mayor parte de la población tiene algún tipo de vinculación laboral formal, dato que es concordante con su estructura demográfica; sin embargo, este no pudo ser contrastado con lo registrado en ocupaciones de la base censal. Así mismo, la población indicó tener acceso a servicios públicos básicos tales como acueducto, alcantarillado, electricidad, gas e internet, lo que permite inferir garantía de necesidades básicas, hecho ligado a la alta cobertura de servicios en la ciudad.

El presente análisis, reveló que la cobertura en salud de los raizales en Bogotá es óptima; sin embargo, se identificó un reducido porcentaje de población no asegurada. En lo referente a la afiliación en las diferentes EAPB, se estableció que aquellas que brindan los beneficios de alojamiento, traslado y alimentación para el paciente y un acompañante, siguen siendo las preferidas por los raizales dentro y fuera del territorio insular. Esto se encuentra en relación con el cruce de información de bases distritales, donde se identificó que el mayor número de afiliados, pertenecen a EPS como Sanitas, Nueva EPS y Compensar.

Por otro lado, se identificaron raizales en condición de discapacidad, en su mayoría adolescentes y adultos, siendo esta población de suma importancia a nivel de cubrimiento en salud y garantía de bienestar físico y mental. Dicha población, se encuentra caracterizada dentro del registro de discapacidad de la ciudad de Bogotá, pero su información en la base censal de ORFA es limitada.

En cuanto a morbilidad, durante los últimos años, se observó que la población Raizal viene demandando de manera progresiva un mayor número de atenciones, con una frecuencia de uso más alta por parte de las mujeres raizales, lo que reafirma que son ellas quien tienen mayores prácticas de autocuidado. En los servicios de consulta externa las mayores consultantes son las mujeres, mientras que los hombres asisten de manera más frecuente al servicio de urgencias y hospitalización. Esto implica el reforzamiento del modelo de atención en salud con enfoque étnico y de género, en miras a cumplir las necesidades en salud de las mujeres en este grupo diferencial.

La principal causa de consulta a los servicios de salud son las Enfermedades no Transmisibles (ENT), entre las que se encuentran las condiciones orales, las enfermedades musculoesqueléticas, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades genitourinarias. Entendiendo que las enfermedades crónicas no transmisibles aparecen como resultado de factores genéticos, fisiológicos, factores ambientales y del comportamiento, se considera que la migración urbana conlleva a una modificación de los hábitos alimenticios y de estilos de vida poco saludables con respecto a los originarios de la isla, lo cual incide en la generación de eventos en salud relacionados con este grupo en particular. Factores asociados a la migración urbana como el estrés, el sedentarismo, los cambios nutricionales, de estilos de vida y las enfermedades mentales, actúan como cofactores en los raizales para el desarrollo de este tipo de enfermedades.

Las atenciones de *condiciones orales*, dentro de las cuales observamos con mayor frecuencia: caries dental, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales; gingivitis y anomalías dentofaciales (trastornos de maloclusión), colocan de manifiesto las regulares conductas de autocuidado dental, un déficit en la cobertura en salud oral y la necesidad de garantizar un mejor acceso a estos servicios de salud.

El aumento de las atenciones por *enfermedades musculoesqueléticas* coloca en evidencia el cambio en el estilo de vida y desarrollo laboral de los raizales en el distrito. Adicionalmente, el hecho de que se identificaran atenciones por esta causa en personas jóvenes refleja que este fenómeno se encuentra relacionado con factores no enteramente laborales. Así, podría estar en relación con circunstancias como el aumento del tiempo de pantalla de individuos en etapa escolar, universitaria y en su mayoría, en etapa laboralmente productiva; situación que conlleva a un estado de sedentarismo con su consecuente aumento en la probabilidad de padecer de compromisos osteomusculares moderados o severos en las etapas más avanzadas de la vida.

En lo referente a las *enfermedades cardiovasculares*, se precisó que el mayor número de atenciones obedecieron a causas como: hipertensión arterial, cardiomiopatía, enfermedades isquémicas del corazón y otros trastornos de las venas. Estas enfermedades derivan, no solo de las necesidades no atendidas en lo referente a la prestación de una atención integral en salud a nivel insular, sino de la falta de conciencia del autocuidado y de modificaciones en los hábitos diarios con el fin de obtener mejores condiciones en salud. Esto deviene en la necesidad de migrar de su hábitat, con el fin de obtener una atención que satisfaga sus necesidades y los lleve a un estado de bienestar.

En contraste con lo anterior, la menor carga de morbilidad se asocia a las atenciones materno-perinatales, en línea con las bajas cifras de natalidad y fecundidad antes mencionadas. Como principales causas de consulta se tienen las consultas prenatales, atenciones del parto y atenciones de neonatos, con un bajo número de complicaciones asociadas en el binomio

madre-hijo. Este hecho pone de manifiesto que las gestantes raizales tienen buena adherencia a controles durante la gestación, lo cual incrementa las posibilidades de que el producto goce de buena salud y un crecimiento adecuado, y de manera simultánea favorece la detección temprana de cualquier complicación durante la gestación. Así mismo, se inclinan por una atención del parto segura y controlada, al interior de instituciones de salud, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones derivadas. El alto nivel educativo de las mujeres raizales las conlleva al logro de mejores condiciones laborales y un mayor nivel socioeconómico, factores que son indispensables para una garantizar salud pre y post parto.

Según curso de vida, la mayor demanda de servicios de atención médica corresponde a las personas en etapa de adultez, juventud y vejez. Siendo las enfermedades no transmisibles las que representan mayor carga de enfermedad en todos los grupos; sin embargo, con subgrupos de atención diferentes en cada uno de estos momentos de curso de vida; dato que es coincidente con la estructura poblacional.

Frente a los eventos de interés en salud pública con mayor número de notificaciones, dentro de la población Raizal, y para el distrito en general, fueron las asociadas al COVID-19 y otras patologías de tipo respiratorio. Las personas de la comunidad afectadas en mayor medida fueron hombres, especialmente jóvenes y adultos entre los 25 y 44 años; esto se puede explicar porque en el confinamiento, la población económicamente activa tuvo que desarrollar actividades laborales en el espacio público, aumentando las tasas de contagio.

Frente a la mortalidad, se identificó un bajo número de decesos, lo que denota un posible subregistro o sustracción de las personas reportadas como fallecidas en listados censales. Sin embargo, la mortalidad reportada fue mayor en hombres de la tercera edad, donde se identificaron como causas de muerte: Lupus eritematoso sistémico, enfermedad respiratoria aguda debida al nuevo coronavirus (COVID-19), diabetes mellitus y tumor maligno del colon descendente, eventos crónicos y transmisibles relacionados directamente con la carga de morbilidad antes descrita.

Respecto a las expresiones socioculturales y su incidencia en las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad del pueblo Raizal residente en el distrito, se concluye que los espacios participativos y organizativos constituyen la piedra angular del tejido social de los raizales en la capital. ORFA ha sido una plataforma para el cuidado, captación y juntanza Raizal, por lo que sus acciones han adquirido una importancia invaluable para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida del pueblo Raizal. El encuentro y trabajo colectivo como forma de reivindicación y evocación del maritorio desde ORFA, ha fortalecido desde el 2004 el conocimiento y acceso a derechos, por medio de estrategias tanto institucionales como autogestionadas, con impactos positivos en la comunidad. Así mismo la organización ha nutrido constantemente el ejercicio de la identidad Raizal, por medio de la transmisión de conocimiento, investigación y disposición de espacios para el juego, el arte, el habla del Kriol, la espiritualidad, entre otros.

Aunque la organización ha sido creadora y veedora de programas y planes para el mejoramiento de la calidad de vida de los raizales en el distrito, sus esfuerzos precisan mayor apoyo intersectorial de las entidades distritales, quienes provean recursos económicos y procesuales, para el desarrollo y puesta en práctica de perspectivas propias del buen vivir del pueblo étnico, ubicado a lo largo y ancho de la capital.

La base censal de ORFA, la cual se ha construido a partir de la autogestión, es una pieza vital para la elaboración del ACCVSyE, por ende, se debe apoyar el fortalecimiento de la misma. Lo anterior, desde el respeto al proceso llevado a cabo por la organización para su registro y consolidación, así como la comprensión de que su manejo debe ser soberano y autónomo. Esto, teniendo en cuenta que existen subregistros de información poblacional, los cuales pueden ser subsanados con un apoyo mayor a la labor que ya ejecutan los miembros de la organización para la captación de datos. Lo previo puede robustecer la fuente analítica para la investigación de los diferentes sectores al interior de la población, derivando así en recomendaciones más certeras, veraces y efectivas para reducir las barreras de igualdad y las brechas de acceso a derechos.

No se cuenta con información estadística representativa sobre las Violencias Basadas en Género, la población en condición de pobreza oculta, la población LGBTIQ o aquella que padece enfermedades mentales, lo que supuso una dificultad investigativa para la generación de perfiles sociales e identificación de problemáticas específicas. Frente a esto, debe existir la disposición de generar rutas de acercamiento a estos campos temáticos, mediante las cuales se genere una aproximación a estos sectores de la población y así, se puedan tomar medidas frente a las dificultades que enfrentan. Se deben evaluar también los contextos psicosociales que intervienen en estos subregistros, para comprender con mayor veracidad a qué se atribuyen y abrir espacios de conversación y sensibilización de estos tópicos, por parte de la población Raizal residente en el distrito.

La discriminación por pertenencia étnica es una problemática la que el pueblo Raizal no es ajena. La racialización ha derivado en fuertes consecuencias psicológicas y económicas para el pueblo Raizal, viéndose excluidos de espacios de crecimiento económico y laboral. Por tanto, deben existir espacios de diálogo donde las experiencias discriminatorias puedan ser compartidas, habladas y analizadas, con el fin de su erradicación. El impacto negativo de las reprochables prácticas racistas en la calidad de vida de las personas raizales debe seguir siendo investigado para la comprensión de sus niveles de afectación.

Por otro lado, debe existir más protagonismo de las prácticas raizales de aquellos que nacieron en la parte continental. Esto, con el fin de tener mayor representatividad de estos y así, reconocer la diversidad del pueblo Raizal, para trascender los imaginarios sociales que les excluyen de su pertenencia étnica y, por ende, les impide conocer los derechos o espacios participativos a los que pueden acceder. Como reconocimiento, se exalta que el diálogo entre los raizales nacidos en el archipiélago y fuera de él, sigue en construcción y ha sido posible por la captación realizada por ORFA.

Finalmente, se debe hacer hincapié en la situación de los raizales remitidos del archipiélago a Bogotá para la atención médica y su red de cuidadores. La demora en la atención, remisión y adquisición de medicamentos, agendamiento de procedimientos quirúrgicos o exámenes de rutina, son un problema generalizado y hacen que tanto el paciente como su red de apoyo, vean en detrimento su salud física, emocional y económica. Por tanto, debe proporcionarse el rubro necesario para robustecer las labores de equipos como el Centro de Escucha Raizal, optimizando sus procesos de acompañamiento y seguimiento.

Recomendaciones

En Colombia, la gestión de la salud pública se ha establecido en el marco de un modelo preventivo en salud, sin embargo, en lo concerniente al pueblo Raizal existen falencias en la cobertura y prestación del servicio de salud. Esto obliga a que se incluyan acciones de mejora que garanticen actividades de promoción y prevención sostenibles en el tiempo que contribuyan a comprender de mejor manera las dinámicas sociales, culturales y de salud, al igual que mejorar la calidad de vida y estado de bienestar de los raizales residentes en el territorio distrital. Para lo anteriormente descrito:

- » Se insta a un trabajo transectorial e intersectorial MSPS, la SDS y las secretarías de desarrollo social, en conjunto con la comunidad Raizal, orientado a generar e implementar mesas de trabajo con las EAPB a las cuales están adscritos los raizales residentes en el distrito con el fin de desarrollar programas que abarquen un enfoque diferencial con el fin de generar un mejoramiento o modificación en los determinantes sociales en salud. Dichos programas se deben implementar de manera sostenida durante cada cuatrienio y se les debe realizar un diagnóstico y evaluación en miras a ser modificados de acuerdo con las necesidades de la comunidad en su momento.
- » El Análisis de Condiciones, Salud de Vida y Enfermedad (ACCSVYE) de la población diferencial Raizal es una herramienta que permite conocer, describir, medir y explicar las condiciones de salud y enfermedad de la población, así como las dinámicas socio culturales en el entorno distrital. Es por ello se plantea que la construcción de dicho producto se realice cada dos años, bajo una duración estimada de doce meses, con posibilidad de una eventual prórroga que tenga en cuenta eventualidades en el proceso de recolección y análisis de la información.
- » Aunado a esto, se propone que el grupo responsable de la elaboración del ACCVSYE, esté conformado por tres perfiles profesionales raizales, uno epidemiológico, uno social y uno de gestión cultural. Estos tienen la obligación de ejecutar de forma interdisciplinaria y suficiente las dinámicas investigativas que sean necesarias para la generación de un documento óptimo con posibilidad de incidencia en términos de política pública en salud Raizal. La periodicidad del análisis propuesto garantiza el conocimiento a fondo de las dinámicas sociales raizales, en lo referente a la salud, con el fin de tomar acciones sobre las mismas y disminuir las brechas de desigualdad en atención existentes. Asimismo, deben existir garantías y reservas presupuestales para la elaboración de espacios colectivos e individuales participativos y de recolección de información, sumado a rubros para el registro audiovisual y la sistematización de calidad, que merecen los ejercicios desarrollados con la comunidad. Finalmente, frente a esta recomendación; se sugiere que el liderazgo del proceso de la elaboración del ACCVSYE, esté a cargo de un perfil profesional que tenga conocimiento del pueblo Raizal, y pueda en consecuencia, trabajar desde el enfoque diferencial que requiere el análisis.
- » Creación de un programa intersectorial dirigido al fomento del deporte y la recreación como elemento generador de salud y esparcimiento como medida que ayude a prevenir

las principales causas de morbilidad de la población Raizal en el distrito. Esto le apuntaría al mejoramiento de los hábitos de vida por medio del fomento de la actividad física regular y la generación de una conciencia de autocuidado. Estos cambios en el estilo de vida de las personas de la comunidad Raizal tendrían un impacto positivo en la población, al producir un entorno sano y un ambiente de esparcimiento que contribuya a elevar la calidad de vida de la población, a su vez, generando una disminución de la carga psico emocional y física que algunos poseen.

- » Exaltando el buen trabajo y dedicación de ORFA, se recomienda que la base de registro poblacional que durante años han construido y que recopila información valiosa para la producción del presente documento y muchos otros, sea actualizada y guardada de manera semestral, con cierres de la información en el mismo tiempo, para que dichas versiones reflejen el dinamismo de la población en el distrito. Así mismo, se insta a la organización al diligenciamiento completo y validación de la información registrada en el repositorio censal. Teniendo en cuenta que no existe una base censal Raizal en el distrito más sólida que la que ha construido ORFA a lo largo de los años, se insta a las entidades correspondientes a fortalecer esta acción a través de rubros, que posibiliten el robustecimiento de los datos consignados en la base y su respectiva actualización.

Cabe la pena resaltar que, al ser una base autogestionada por la organización, la salvaguarda de la información y el respectivo manejo de la misma debe estar en manos de las mismas personas raizales. Igualmente, a fin de mejorar la calidad de la información sobre las condiciones de salud poblacional se insta a las entidades del distrito a la adopción de una política de levantamiento, sistematización, análisis y socialización de los indicadores en salud con desagregación étnica. De forma tal que en las bases de datos de información se pueda establecer un diagnóstico permanente con respecto a la Raizalidad en territorios continentales. Esto sería evidencia y consecuencia del reconocimiento del estado-nación de las demandas raizales en salud pública.

- » Trabajar en el modelo de atención de las enfermedades crónicas no transmisibles dada su alta carga al interior de la comunidad Raizal residente en el distrito. Teniendo en cuenta la importancia y el impacto de las enfermedades metabólicas, así como el de sus factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y el alza de la morbimortalidad por dicha causa evidenciada en el presente documento, se considera imperativo materializar las acciones con base en las políticas existentes y la generación de rutas de atención adicionales que aborden no solo aspectos individuales, sino también poblacionales en lo relacionado a la prevención, tratamiento y disminución de complicaciones derivadas de esta causa.
- » Mantener y extender los logros alcanzados en el tema de atención a la mujer y salud perinatal, sin embargo, se considera que se deben generar estrategia para la ejecución de programas de para el tratamiento, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.
- » Respecto al campo de salud mental en el pueblo Raizal, se puede enunciar que debido a la inatención que se le da al tema, el riesgo de desarrollar patologías mentales que deriven en mortalidad o autolesión es alto. Al no tener rutas de atención diferenciales o registros

actualizados sobre salud mental en la población Raizal que habita en el distrito, las posibilidades de acción o construcción de planes estratégicos de sensibilización son casi nulas.

Por tanto, se insta a las entidades pertinentes a investigar el fenómeno focalizado en las características colectivas e individuales de la población y el sujeto Raizal, teniendo en cuenta factores socioculturales que influyen en el diagnóstico tardío, la posibilidad de trabajar desde estos condicionantes y la posibilidad de favorecer al individuo Raizal que tiene enfermedades, trastornos mentales y neurodivergencias. Para esto, se propone disponer recursos materiales para poder consignar en la base censal de ORFA, datos especializados sobre el estado de salud mental del colectivo Raizal, así como el análisis y seguimiento de casos atendidos.

- » La población LGBTIQ sigue invisibilizada en los espectros sociodemográficos raizales, por tanto, deben destinarse esfuerzos al registro de esta en las bases censales disponibles. Esto, con el fin de construir PP con enfoque diferencial, que tengan en cuenta a las diversidades sexuales en la pertenencia étnica y así, mejorar la posibilidad de atención focalizada a las problemáticas que puede presentar este sector de la población. La investigación y diagnóstico de las dificultades sociales, económicas, psicológicas y médicas que enfrentan las personas raizales que hacen parte de la diversidad sexual o de género, es un paso primordial para mejorar sus condiciones de vida, además de construir rutas de apoyo para estas personas, en caso de estar en contacto con entornos potencialmente discriminatorios dentro y fuera del campo de la salud.
- » El Centro de Escucha Raizal como aliado para la reducción de brechas de acceso al servicio de salud, debe contar con recursos para la planeación, acción y seguimiento de sus rutas y acciones de acompañamiento. Aunque su contratación se da por la Subred Norte, el grupo atiende casos en todo el distrito, por lo que sus profesionales y gestores se encuentran saturados. Para una atención óptima de casos, además de talento humano con pertenencia étnica Raizal para el aumento de duplas de trabajo, se precisa la generación de alianzas estratégicas de carácter interinstitucional, que amplíen las posibilidades de acción y gestión del Centro de Escucha.
- » Se sugiere la creación de espacios de disfrute, sensibilización y reconocimiento de la población Raizal residente en la ciudad de Bogotá, los cuales sean realizados en zonas donde se concentra socio demográficamente la etnia. Entre los que se contemplan, están centros educativos de formación secundaria y profesional, así como bibliotecas públicas, entre otros. Lo anterior, con el fin de fortalecer el tejido social de los raizales que habitan la capital, así como la captación de raizales que no tienen conocimiento sobre las actividades de ORFA y la generación de puentes de conocimiento con otros miembros de la sociedad nacional. Esto, con el fin de que crezca el reconocimiento sobre la existencia y las particularidades de la Raizalidad en los espacios públicos, simbólicos y materiales, que ofrece el distrito.
- » Se propone la digitalización, reserva y reproducción a mediana y gran escala, de los insumos literarios o didácticos creados por las personas raizales en el distrito y fuera de él, los cuales constituyan un compilado sólido de fuentes secundarias valiosas para la generación de los análisis de calidad de vida, salud y enfermedad del pueblo Raizal. Si bien existen varios ma-

teriales impresos gracias a ORFA y sus alianzas intersectoriales, se carece de carteras para su difusión en ambientes educativos, públicos e institucionales, lo que hace que muchos de estos contenidos se pierdan. Por tanto, también se sugiere el fomento a la investigación por parte de personas raizales y la creación de un repositorio donde se consignen los trabajos y registros que supongan una fuente rica de información sobre la historia del Raizal en la zona insular y continental.

- » Se propone la socialización y/o creación de planes de atención en salud con enfoque diferencial en el distrito, para que sirvan de insumo para la garantía y exigencia de derechos en el tratamiento médico. Dentro de los contenidos que deben sugerirse para el caso Raizal, está la gestión de una atención que contemple la brecha lingüística que existe como barrera para la atención, para esto se precisan intérpretes o médicos bilingües, que puedan proporcionar consultas y diagnósticos donde desde la comunicación con el paciente Raizal no hispanohablante, este comprenda el estado de su salud y los posibles tratamientos o procedimientos que se le sugiera seguir.
- » Fomento a emprendimientos, becas estudiantiles y programas de capacitación financiera y vinculación laboral, que permitan la existencia de una justicia económica para el pueblo Raizal que habita Bogotá. Esto, teniendo en cuenta que los procesos migratorios comprenden esfuerzos económicos que a veces la persona Raizal que se moviliza al continente no puede sostener de forma viable. Se debe tener en cuenta que los raizales que optan por migrar a la parte continental, en su mayoría, lo hacen por razones de fuerza mayor como la atención médica o la posibilidad de tener oportunidades de trabajo y opción educativa que no encuentran en el archipiélago. Así pues, la persona Raizal suele encontrarse en una posición desfavorable por el empobrecimiento histórico que ha sufrido, respecto a otros miembros de la sociedad nacional, lo que hace dificultoso el crecimiento de su capital económico. Bajo estas condiciones, el planteamiento de escenarios que favorezcan la reducción de barreras para la justicia económica, supone uno de los más grandes bastiones para combatir la desigualdad y discriminación que sufren los raizales y crear condiciones efectivas para la calidad de vida de los mismos.
- » Construir espacios de diálogo intergeneracional donde se compartan los saberes de la Raizalidad y se pueda sensibilizar especialmente a los raizales nacidos en Bogotá, sobre las implicaciones históricas e identitarias de su ancestría. Espacios donde se fortalezca la práctica y aprendizaje del Kriol para los raizales hablantes y no hablantes, son la oportunidad perfecta para construir comunidad en la capital y simultáneamente transmitir conocimientos maritoriales que han sido desplazados por el etnocidio que por décadas se ha llevado en la isla.
- » Es imperante construir y analizar el índice de pobreza oculta para la población Raizal, que indague por las condiciones económicas específicas de las personas con esta pertenencia étnica. Lo anterior, precisando que, aunque se tiene conocimiento de las zonas de concentración Raizal en el distrito, mucha de esta información no ofrece contenidos suficientes para comprender el nivel socioeconómico en el que se encuentran las personas. Nivel que muchas veces está vedado por aquellos que padecen de vulnerabilidad económica y no desean compartir información sobre las condiciones que sufren, ya sea por dinámicas sociocul-

turales o posiciones individuales frente al tema. Se presume gracias a esta investigación, que el índice referido, arrojaría números significativos dentro de la población y permitiría saber qué apoyos, programas y planes, se pueden abrir para mejorar las condiciones de calidad de vida de los individuos, identificando las problemáticas más recurrentes según sea el caso.

- » Apertura de mayores líneas de apoyo y trabajo con los migrantes raizales con énfasis en la atención médica y su red de apoyo o cuidadores, que en el proceso de sanación del paciente encuentran dificultades de corte psico social y económico. Esto, en articulación con diversas secretarías, que, desde la dependencia relacionada, permitan hacer un acompañamiento y seguimiento rigurosos de los procesos de atención en salud, pero no que no se reduzcan a esta. El objetivo es que se contenga, según sean las necesidades específicas del caso, tanto a los pacientes como a sus redes.
- » Incentivos a la investigación de las diferencias poblacionales al interior de la etnia, especialmente aquellas relacionadas según el momento de curso de vida, entendiendo que hay temas relegados respecto a infancia y juventud, debido a la falta de datos sobre cada uno de los sectores.

El presente documento debe ser socializado al interior de las instituciones públicas del sector salud y en el sector privado con la finalidad de dar a conocer las características y particularidades del pueblo Raizal, dicho conocimiento ayudará al adecuado tratamiento tanto de los individuos, como comunidad Raizal, teniendo en cuenta su pertenencia étnica e importancia para la construcción de una Bogotá diversa y sin brechas de igualdad.



Bibliografía

1. Bogotá AMd. Alcaldía Mayor de Bogotá (2011). Decreto 554 de 2011. 2011. Por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la garantía, la protección y el restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá y se dictan otras disposiciones.
2. ESE. SIdSdSN. Análisis de Condiciones de Calidad de Vida Salud y Enfermedad(ACCVSyE) para la población diferencial Raizal. 2020.
3. 2017) AdB. Ubicación de la Ciudad de Bogotá. 2023. Ubicación de la Ciudad. Disponible en: <https://bogota.gov.co/ubicacion-de-bogota-sitios-turisticos-vias-y-alrededores-de-bogota#> Accedido el 25 de julio de 2023.
4. Colombia Md. Municipios de Colombia. 2023. Municipios de Colombia (2023). Disponible en: <https://www.municipio.com.co/municipio-bogota.html>, Accedido el 25 de julio de 2023.
5. Gobernación del Archipiélago de San Andrés PySC. La Historia del Archipiélago. 2023. Disponible en: <https://www.sanandres.gov.co/index.php/56-archipelago/informacion-general#>. Accedido el 25 de abril de 2023.
6. CORALINA Iy. Atlas de la Reserva de Biósfera Seaflower: Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2012. Disponible en: <http://www.invemar.org.co/redcostera1/invemar/docs/10447AtlasSAISeaflower.pdf>. Accedido el 20 de mayo de 2023.
7. Gobernación del Archipiélago de San Andrés PySC. Mapa de San Andrés y Providencia, Unidades de Planeación Insular (UPIS). 2023. Disponible en: <https://www.sanandres.gov.co/index.php/58-archipelago/mapas/128-mapa-territorial>. Accedido el 2 de julio de 2023.
8. DANE. La información del DANE en la toma de decisiones de los departamentos. San Andrés, Providencia y Santa Catalina.. DANE. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-desarrollo-territorial/070220-Info-Gobernacion-San-Andres.pdf>. Accedido el 27 de abril de 2023.
9. Forbes J. Análisis de las barreras en salud en San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/8716>.
10. Stewart SHI. Stewart, S, Hurricane IOTA. 2021. Disponible en: https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL312020_lota.pdf.
11. Social MdSyP. Enfoque de Atención Primaria en Salud Integral. Grupo Curso de Vida. Dirección de Promoción y Prevención. 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>. Accedido el 20 de mayo de 2023.

12. Observatorio Nacional de Migración y Salud O. Observatorio Nacional de Migración y Salud, OMS. 2023. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>. Accedido el 10 de mayo de 2023.
13. Livingston Arriaga JAMIyRDD. Raizales, una etnia por conocer. 2022. : breve recorrido por su historia y cultura. Secretaría de Educación del Distrito ; Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe – CERLALC.
14. Adolfo MR. La Continentalización de la Isla de San Andrés Colombia. 2003. consultado en https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/2005_septiembre.pdf.
15. Mundial B. Preguntas frecuentes: Desplazamiento forzado, una crisis mundial cada vez mayor. 2015. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/fragilityconflictviolence/brief/forced-displacement-a-growing-global-crisis-faqs>. Accedido el 24 de junio de 2023.
16. Salud SDd. Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital. 2020.
17. Colombia ECd. Ley 127 de 1959. 1959. Declárase Puerto Libre el territorio de San Andrés y Providencia.
18. Senado c-3d2. Proyecto de ley número 274 de 2023. 2023. “por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2022- 2026 “colombia potencia mundial de la vida”.
19. 2011 DD5d7ddd. Política Pública Distrital. 2011. por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural <https://www.participacionbogota.gov.co/normatividad-etnias#:~:text=Decreto%20Distrital%20554%20del%207,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones%22>.
20. Antioquia. LRBUd. Pérez, M.. 2022. El concepto del maritorio en la cuentística de Lenito Robinson-Bent. Universidad de Antioquia. <https://hdl.handle.net/10495/30277>.
21. 1912. L5d. Ley 52 de 1912. 1912. Sobre la creación y organización de la Intendencia Nacional de San Andrés y Providencia.
22. Robinson D. Monografía departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2002. Monografía departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Bogotá: Documento inédito.
23. (2023) O. Reformulación de la Política Pública Raizal. 2023. <https://www.gobiernobogota.gov.co/sites/gobiernobogota.gov.co/files/imagenes/presentaci>.
24. 1833. Tsa. The slavery abolition act 1833. 1833. <https://www.britannica.com/topic/Slavery-Abolition-Act>.
25. RAE. RAE. Real Academia Española - RAE. 2018. <https://www.rae.es/dhle/morbilidad>.

26. Organization. WH. World health statistics. 2005. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2005en.pdf?ua=1 (accedido el 09/Mar/2014).
27. DANE. Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones. 2023.
28. SALUD IND. DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA. 2019. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-2020.pdf>.
29. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés PySC. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2020. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020, 11.
30. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés PySC. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2020. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020, 82.
31. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés PySC. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 84. 2020. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020, 84.
32. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés PySC. Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 91. 2020. (Gobernación Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 2020, 91).
33. (Gómez y Villavicencio 2. (Gómez y Villavicencio, 2010). 2010. (Gómez y Villavicencio, 2010).
34. Catalina AdSAPyS. ASIS archipiélago 2020. 2022. DEPARTAMENTO DEL ARCHIPELAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA CATALIN <https://www.sanandres.gov.co/index.php/transparencia/salud-publica/publicaciones/publicaciones-del-2020-al-2022/analisis-de-la-situacion-de-la-salud/14640-asis-sai-2020-v130121/file>.
35. SJOGREEN EJH. PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL. 2020-2023. <https://www.sanandres.gov.co/index.php/gestion/planeacion/plan-de-desarrollo/plan-de-desarrollo-anuales/11524-plan-de-desarrollo-todos-por-un-nuevo-comienzo-2020-2023/file>.
36. Guzmán 2. Gobernación ESE, 2020. 2021.
37. Porras. Forbes y Porras, 2022. 2022. Forbes y Porras, 2022.
38. Mitchel y Ariza 2. Mitchel y Ariza, 2022. 2022. <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1661/2162>.
39. Livingston Arriaga JAMlyRDD 2. Livingston Arriaga JAMlyRDD,2022. 2022.
40. Ortiz 2. (Ortiz, 2017. (Ortiz, 2017.
41. ORFA 2. ORFA. 2011. ORFA, 2011.

42. Varela 2. Varela, 2022. 2022. Varela, 2022.
43. Corporación Latinoamericana Misión Rural 2. Corporación Latinoamericana Misión Rural, 2008. 2008. Corporación Latinoamericana Misión Rural, 2008.
44. Decreto 554 de 2011 A5Ld. (Decreto 554 de 2011, Art. 5, Lit. d. 2011. (Decreto 554 de 2011, Art. 5, Lit. d.
45. TCC-Artículo-Cuerpas Gordas de Abya Yala_ Colonialidad RyGCMd. TCC-Artículo-Cuerpas Gordas de Abya Yala_ Colonialidad, Racismo y Gordofobia-Cynthia-Montalbetti.docx. 2023. <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/6843/Cuerpas%20Gordas%20de%20Abya%20Yala%3A%20Colonialidad%2C%20Racismo%20y%20Gordofobia?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Yoffe_Tesis L. La religión y su incidencia en la salud Raizal. https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1768/Laura%20Yoffe_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
47. Final2.indd RMUV2n3. Revista Médicas UIS Vol 27 n 3 final2.indd. <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v27n3/v27n3a02.pdf>.
48. Catalina LpysuelidPyS. Las plantas y sus usos en las islas de Providencia y Santa Catalina. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/4fea68b4-ffd9-496f-bb87-5d875a0ccbfd/content>.
49. BONILLA CS. T07392.pdf. RECONSTRUCCIÓN DE PRÁCTICAS CULTURALES A PARTIR DE LAS NARRATIVAS: CASO GRUPO DE ADULTAS MAYORES RAIZALES DE LA ISLA DE SAN ANDRÉS.
50. CDC Cpec. CDC, Centros para el control y la prevención de enfermedades. 2023. Información básica sobre discapacidad y salud. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability.html>. Accedido el 5 de mayo de 2023.
51. Bogotá SDdSd. Guía de control prenatal y factores de riesgo.. <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>.
52. Ecuador MdSPd. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica Quito. 2015. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
53. Peña Salas MS ECMLGEMf. factores de riesgo y resultados perinatales. Clin Invest Ginecol Obstet. 2021. [Internet]. 2021 [citado el 23 de julio de 2023];48(3):100637. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-macrosomia-fetal-factores-riesgo-resultados-S0210573X20300861>.
54. MINSALUD. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia. 2018. Explicando las causas de las causas. PROFAMILIA. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>.
55. 1959. L1d. Declárase Puerto Libre el territorio de San Andrés y Providencia. 1959.



...lo de tocar el m...
...nos pesos, mil historias que contar
Gafas tiene el sol esta mañana
Filigranas que dibujan la ciudad
...e pierdo entre la gente pienso
Me cuenta Bogotá qu...
...arte de...
De los re...
...ellos beso en...
...e pierdo en...
...entiend...
Un p...



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

